

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 12 Février 1896, à 1 heure

PAR

L. LONGUET

TRAITEMENT CHIRURGICAL

DE

L'ANGIOCHOLÉCYSTITE

(NON CALCULEUSE)

Président : M. TERRIER, professeur.

Juges : MM.

{	POTAIN, professeur.
	DELBET, agrégé.
	WURTZ, agrégé.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1896



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556005_0013

151

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 12 Février 1896, à 1 heure

PAR

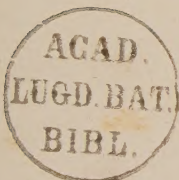
L. LONGUET

TRAITEMENT CHIRURGICAL

DE

L'ANGIOCHOLÉCYSTITE

(NON CALCULEUSE)



Président : M. TERRIER, professeur.

POTAIN, professeur.

Juges : MM. } DELBET, agrégé.

WURTZ, agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale	LABOULBENE.
	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladies des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale	LE DENTU.
	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, PAJOT.

Agrévés en exercice :

MM. ACHARD	MM. GAUCHER	MM. MARIE	MM. SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MENETRIER	THIERRY
ANDRE	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TUORETTE	NETTER	TUFFIER
BONNAIRE	GLEY	POIRIER, chef	VARNIER
BROCA	HARTMANN	des travaux	WALTHER
CHANTEMESSE	HEIM	anatomiques	WEISS
CHARRIN	LEJARS	RETTERER	WIDAL
DELBET	LETULLE	RICARD	WURTZ
	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE DOCTEUR QUÉNU

Professeur agrégé,
Chirurgien de l'hôpital Cochin.

MON CHER MAÎTRE,

Ce travail vous appartient tout entier. Conçu par vous, il a été mûri et médité auprès de vous, mais entre mes mains, il reste sans doute bien imparfait. J'espère cependant que partout vous y retrouverez l'empreinte de votre savant enseignement. Je vous le dédie comme un faible témoignage de ma reconnaissance.

L. LONGUET.

Janvier 1896.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIER,
mon Président de thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR NICAISE,
Internat 1894.

A MONSIEUR LE DOCTEUR TERRILLON,
Internat 1893.

A MONSIEUR LE DOCTEUR KIRMISSON,
Internat 1892.

A MONSIEUR LE DOCTEUR HUTINEL,
Internat provisoire 1891.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHAPUT,
Internat 1893.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE DELBET,
Internat 1894.

A MONSIEUR LE DOCTEUR RICARD,
Internat 1894.

A MONSIEUR LE DOCTEUR SÉBILEAU,
Internat 1895.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROUX,
Institut Pasteur.

A MONSIEUR LE DOCTEUR METCHNIKOFF,
Institut Pasteur.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GOMBAULT,
Anatomie pathologique.

A TOUS MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE REIMS.

Hommages respectueux.

AVANT-PROPOS

Etat actuel de la chirurgie biliaire en dehors de la lithiase.

C'est par le moyen de l'analogie
que nous nous émancipons à faire
les choses que nous n'avons jamais
faites parce qu'elles ont quelque
rapport avec d'autres que nous fai-
sons habituellement.

J. L. PETIT.

C'est par centaines que se comptent aujourd'hui les interventions dirigées sur l'arbre biliaire.

Le 22 avril 1892, le Professeur TERRIER, entretenant le congrès français sur les résultats de sa pratique personnelle, donnait de toutes ces opérations nouvelles la classification suivante. Si l'on excepte l'hépatocostomie, l'hépatostomie et le cathétérisme des voies biliaires, la chirurgie dispose de sept méthodes qui s'appliquent seules ou associées, suivant les cas.

I. - La *cholécystolithotripsie* pratiquée par LAWSON-TAIT, COURVOISIER, MAYO ROBSON, consiste en une laparotomie exploratrice terminée par l'écrasement sur place, à l'intérieur du canal cystique ou de la vésicule du fiel non ouverte, de calculs qui s'y trouvent enclavés ou collectés.

II. -- La *cholécystotomie*, conçue par J. L. PETIT, mais

dont l'histoire vraie commence seulement en 1878 avec MARION SIMS et KOCHER, comporte, selon TERRIER, deux procédés opératoires dont le but diffère absolument :

La *cholécystostomie* et la *cholécystotomie* proprement dite. — Dans la première, on cherche à créer une ouverture persistante de la vésicule afin que la bile puisse s'écouler au dehors ; l'on établit une fistule à la vésicule. C'est donc une *cholécystostomie*, ainsi que l'a appelée COURVOISIER ; c'est une *fistule biliaire artificielle*, comme dit TERRIER. — Dans la *cholécystotomie* proprement dite, la vésicule n'est ouverte que pour y manœuvrer à l'aise pendant un instant relativement court, et dans l'intention de la refermer aussitôt l'action chirurgicale terminée. C'est une véritable *taille biliaire*, fait encore remarquer M. TERRIER. Enfin, par leur technique, chacune de ces opérations se subdivise elle-même en plusieurs procédés différents. Ainsi la *cholécystostomie* peut être faite, à l'exemple de COURVOISIER, de RIEDEL, etc., en deux temps, avec ou sans suture de la vésicule à la paroi. Actuellement elle est presque toujours pratiquée en une seule séance. Si la vésicule est ouverte avant d'être suturée, l'opération est dite de LAWSON-TAIT ou cholécystostomie à *fixation dernière*. Au contraire, la vésicule est-elle ouverte après fixation, c'est l'opération de RANSOHOFF ou cholécystostomie à *fixation première*.

La *cholécystotomie* proprement dite comporte elle aussi trois manuels opératoires distincts ; WÖELFLER, SENGER pratiquèrent l'opération en trois temps (1^o Incision de la vésicule et fixation ; 2^o Ouverture et suture intra-péritonéale ; 3^o Libération de la vésicule). Dans l'opération de PARKES-CALMALT, VAUTRIN, l'ouverture de la vésicule fixée à la paroi est refermée dans la paroi même. Enfin la

cholécystotomie dite *idéale* par BERNAYS, à *sutures perdues* par les auteurs français, *cholécystendyse* de COURVOISIER ou encore *cholécystorraphie* de quelques autres, se propose sur le champ une parfaite « *restitutio ad integrum* ». La vésicule est ouverte et les manœuvres intra-vésiculaires terminées, la vésicule est fermée par sutures à un ou deux plans de LEMBERT-CZERNY, enfin elle est abandonnée librement dans le ventre, où elle ne conserve aucune connexion avec la paroi abdominale.

III. — L'ablation du cholécyste ou *cholécystectomie*, réalisée par LANGENBUCH, CREDÉ, ISRAEL, COURVOISIER, THIRIAR et, en France, par PÉAN, TERRIER, P. MICHAUX, PÉRIER, A. BROCA, etc., comprend dans son exécution cinq temps : L'incision, qui peut être médiane ou latérale, l'exploration de la vésicule, la libération des adhérences, la ligature du canal cystique, la réduction du pédicule ou sa fixation à la paroi.

IV. — La *cholécystentérostomie* est une opération palliative qui rétablit, par voie indirecte, le cours de la bile vers l'intestin. VON WINIVARTER, MONASTYRKI, KAPPELER, SOCIN, TERRIER, etc., furent les premiers chirurgiens qui créèrent ainsi des fistules cholécysto-intestinales, fistules qui, suivant le segment de l'intestin emprunté, méritent le nom de cysto-coliques, cysto-jéjunales, cysto-duodénales. En sa technique, la cholécystentérostomie offre deux modalités d'exécution : La formation première d'une double boutonnière ; l'une vésiculaire, l'autre intestinale, suivie d'une suture généralement à deux étages, est l'opération de COLZI. La suture première, mais non complète, suivie de la formation de la double boutonnière, terminée enfin par la fermeture des derniers points de suture cysto-intestinale, est l'opération de M. TERRIER, qui diffère essentiel-

lement de la précédente en ce que « la communication n'est établie qu'au dernier moment, avant de serrer les derniers points. »

V. — La *cholédocholithotripsie* consiste à pratiquer le broiement des calculs sans ouvrir le cholédoque.

VI. — La *cholédochointéristomie* n'a été exécutée que par nécessité. RIEDEL et SPRENGEL anastomosèrent ainsi le cholédoque extrêmement dilaté avec une anse grêle.

VII. — La *cholédocotomie*, comme la cholécystotomie, comprend deux procédés opératoires : La *taille* du cholédoque, suivie ou non de la fermeture de ce conduit par cholédochorraphie, ouvre dans un but temporaire le grand canal de la bile ; c'est la *cholédocotomie* proprement dite. Si l'ouverture est définitive, si le cholédoque distendu est fixé à la peau par une collerette, l'opération devient une *cholédocostomie*.

Telle est la nomenclature que proposa M. TERRIER il y a trois ans et qui s'est maintenant partout vulgarisée.

Depuis lors, le mouvement chirurgical semble déserté quelque peu les voies biliaires accessoires pour se porter avec enthousiasme vers les voies biliaires directes, vers le cholédoque. Plus confiant en lui-même et fort de l'éducation spéciale qu'il a acquise dans cette branche nouvelle de la chirurgie, l'opérateur ne craint plus guère d'aller droit au foyer principal du mal et de tailler le grand collecteur de la bile ; il préfère, dans certains cas particuliers, une opération curative faite sur place, à une intervention purement palliative à distance (cholécystostomie, cholécystentéristomie).

Dans son tout récent travail, JOURDAN (1) porte le nombre des cholédocotomies à 72 cas, et avec ces cas, les sub-

(1) Jourdan. — De la cholédocotomie, thèse Paris, 1895.

divisions deviennent, ici encore, absolument nécessaires. Cet auteur les réduit à quatre, en distinguant : 1° Des cholédocotomies simples ; 2° des cholédocotomies associées à d'autres opérations sur la vésicule ou le canal cystique ; 3° des cholécystotomies consécutives à des opérations antérieures sur la vésicule, le cystique ou même le cholédoque ; 4° enfin, des cholédocotomies en deux temps. Cette classification est-elle suffisante ? Je ne le crois pas. Un point, dont l'intérêt d'ordre uniquement opératoire est cependant capital, reste dans l'ombre : Les cholédocotomies diffèrent complètement entre elles, selon *l'endroit* où porte l'ouverture « du ductus communis ». Il est fort peu rationnel de réunir en une seule et même classe et les tailles du cholédoque faites sur les régions libres de ce conduit, et les tailles pratiquées sur les segments cholédociens rétro ou sous-duodénaux. Au point de vue chirurgical, la division du cholédoque en trois zones bien tranchées s'impose, et mon maître QUÉNU (1) l'a parfaitement montrée. Il est de toute nécessité de bien préciser sur quelle partie l'on agit, sur la sus, la rétro ou la sous-duodénale, sous peine de regrettables confusions. « J'estime, dit QUÉNU (2), qu'il serait désormais utile de » bien indiquer, s'il est possible, à laquelle de ces trois » parties s'adressait la cholédocotomie... Dans la portion » duodénale, les conditions sont changées du tout au » tout. » Et de fait, il n'y a guère de commun que le nom entre la cholédocotomie vulgaire, typique, sus-duodénale, et cette autre cholédocotomie, telle que la pratiquèrent MAC BURNEY, KOCHER, TERRIER, POZZI, qui durent

(1) Quénu. — Anatomie chirurgicale du cholédoque, Revue de chirurgie, 1895.

(2) Quénu. — Etude sur la chirurgie du cholédoque. — Progrès médical, 1895, n° 18, p. 705.

inciser préalablement le duodénum, afin de manœuvrer dans la région sous-duodénale du conduit cholédocien. C'est grâce à une *duodénotomie* préliminaire que l'on a pu inciser la cholédoque par sa face interne, et réaliser des *cholédocotomies internes* et des *cholédoco-duodénostomies*, comme dit KOCHER. Et ces termes nouveaux sont en opposition avec ceux de *cholédocotomie externe* et de *cholédoco-entérostomies externes* ou opération de RIEDEL et SPRENGEL.

Nous quittons ici, pour n'y plus revenir, cette terminologie fastidieuse et barbare. Par elle, il convenait d'aborder un travail qui a comme objectif un point spécial de la thérapeutique chirurgicale des affections biliaires. Ce n'est pas sans intérêt pour l'instant, ce n'est pas sans espérance pour l'avenir, que nous sommes en droit de déclarer, dès aujourd'hui, que de son pôle hépatique à son embouchure intestinale, l'arbre biliaire n'offre pas un seul endroit qui, par sa situation, échappe à l'acte chirurgical.

L'heure n'est plus de nous déclarer désarmés en face d'une lésion justiciable du bistouri par ce seul fait qu'elle siège dans les profondeurs des canaux vecteurs ; serait-ce même l'embouchure du « ductus cholédoccus. » Du lobule à l'ampoule de WATER, on peut dire maintenant que les voies de la bile, sur toute leur étendue, ont été découvertes, explorées, incisées ou anastomosées à l'intestin, anastomosées à la peau. En parcourant la liste, longue déjà, de tant de procédés opératoires, on ne manque guère de faire une remarque : La plupart de ces opérations nouvelles ont été créées et mises en pratique pour remédier aux accidents de la *lithiase*. Il en est de même, comme les « *thripsies* » qui ne s'adressent exclusivement qu'à la maladie calculeuse. D'autres, au contraire, sont d'une application plus générale.

C'est à ce titre surtout qu'elles trouvent place ici, car il entre dans ma pensée de laisser absolument de côté tout ce qui concerne le traitement chirurgical des calculs biliaires, question tant de fois si remarquablement traitée dans une foule d'excellents mémoires.

* * *

Les affections biliaires justiciables de la chirurgie ont été jusqu'ici classifiées sur une base purement thérapeutique. A la lecture de tous les travaux, un peu fragmentaires pour la plupart, la première et seule mention qui frappe les yeux est d'ordre technique : *cholécystomie*, *cholécystentérostomie*, *cholécystectomie*, etc., tels sont les titres qu'on retrouve au seuil de tout écrit ou de toute communication. Et lorsqu'on parcourt le travail lui-même, on constate que la description opératoire y occupe la plus grande place. Mais de l'affection elle-même qui justifie l'acte chirurgical, de ses causes, de ses modalités anatomiques ou cliniques, il en est à peine question. On croirait volontiers que les auteurs ne s'intéressent qu'au manuel opératoire et à ses variétés. Quant au malade et à sa maladie, tous deux disparaissent au second rang, de telle sorte que toutes les opérations se trouvent rangées indistinctement dans la *lithiase*, alors même qu'aucune trace de calcul n'est décelée pendant l'opération. Ces derniers cas, et sans la moindre explication, sont immédiatement étiquetés sous la rubrique : *lithiase*, et de ce confus assemblage résulte que, pour bien des médecins, seule la lithiase, par certaines de ses complications au moins, est du ressort de la chirurgie. Pendant que s'efface ainsi la notion de la maladie causale, de sa pathogénie et de ses manifestations cliniques, on continue

à accumuler dans les cadres réciproques de *cholécystotomies*, *cholécystentérostomies*, *cholécystectomies*, un certain nombre de maladies tout à fait disparates. Dans les *cholécystotomies*, par exemple, on trouve côte à côte des perforations traumatiques de la vésicule biliaire, des tumeurs de cet organe, des cholécystites de la lithiase, des cholécystites non calculeuses, des ulcérations du cholécyste dans la fièvre typhoïde, etc. C'est qu'en effet les esprits sont emportés dans une toute autre direction. Comme dans toutes les questions absolument neuves, le chirurgien concentre son entière attention sur la partie essentiellement opératoire. En ce champ si nouveau du domaine chirurgical, deux problèmes séduisent les chercheurs.

Le traitement sanglant a-t-il sa raison d'être? S'il est démontré légitime et efficace, comment et par quels procédés peut-on faire le mieux possible? Le premier point est maintenant résolu et la question parfaitement tranchée. Par plusieurs centaines de guérisons complètes, par la bénignité et l'innocuité du traitement sanglant, les opérateurs ont démontré que la chirurgie a désormais conquis droit de cité dans le domaine biliaire. Mais le procès est loin d'être jugé définitivement pour ce qui concerne la recherche de la meilleure méthode, du meilleur moyen de bien faire. De là l'apparition d'une foule de perfectionnements qu'on apporte de toutes parts à la technique. Partout prennent naissance méthodes et procédés spéciaux qui se disputent à l'envi la supériorité, et c'est avec cette technique en perpétuelle évolution de progrès que le nombre des interventions se multiplie extraordinairement chaque année.

Cependant les classifications purement opératoires, les seules qui aient été proposées jusqu'ici, les seules dont

dispose le chirurgien, commencent à appeler auprès d'elles d'autres classifications d'un autre ordre. Là comme partout, on assistera sans doute et dans un avenir prochain à l'éclosion de nouvelles tentatives de systématisation d'un ordre plus élevé en taxonomie ; celles-ci domineront quelque peu les premières. J'espère montrer que sous le terme : *cholécystite*, par exemple, se trouvent groupées un certain nombre d'affections peu différenciées au point de vue clinique, mais qui varient absolument dans leur nature et leur pathogénie ; qu'elles forment, par suite de cette variabilité dans l'essence même, un certain nombre d'espèces distinctes, que chaque espèce enfin réclame une thérapeutique spéciale. Que si le chirurgien est bien persuadé de l'importance de ces notions pathogéniques, il reconnaîtra le moment venu d'appliquer un traitement différent selon les espèces, et ne saura plus se contenter d'un traitement uniforme. Je prends un exemple : Voici trois cholécystites qui, toutes trois, ressortissent à l'acte chirurgical. L'une est engendrée par des bactéries d'une virulence extraordinaire, comme il arrive dans les grands états infectieux du tube digestif, dans la typhoïde, dans le choléra. Cette autre est une cholécystite vulgaire produite par le vulgaire bacille du côlon, en état de moyenne virulence. Une autre encore qui évolue lentement et sourdement, est due à la colonisation du bacille de Koch dans la vésicule. A toutes trois, va-t-on appliquer indifféremment le même traitement chirurgical : La *cholécystostomie*.

Pour parler autrement, la notion pathogénique n'est-elle pas, ici comme partout, la seule qui doive régler l'action ? C'est à ces délicates questions que sera consacrée une partie de ce travail : ce sera donc une préoc-

cupation constante, dans tout ce qui va suivre, d'affirmer la subordination du traitement à la pathogénie, ou à son défaut à l'anatomie pathologique, car cette dernière n'est au demeurant que le mode de réaction de l'arbre biliaire vis-à-vis de l'agent pathogène.

Je m'efforcerai de réunir en faisceaux distincts des cas aussi semblables que possible, tous solidarisés par un même lien pathogénique, me souciant peu de grouper des opérations de même nom. C'est peut-être s'élever d'un pas vers la vérité que de tenter de faire ici de « la thérapeutique pathogénique » puisque la pathogénie, si estimée de nos jours, semble partout constituer la véritable base de notre belle science. Si je m'en tenais à une classification purement opératoire, je serais exposé, ainsi que je l'ai lu ailleurs, à ranger côte à côte une perforation de la vésicule biliaire par arme à feu et une perforation consécutive à une cholécystite infectieuse, sous prétexte que toutes deux ont donné lieu à une même opération : la cholécystotomie idéale. Est-il besoin de signaler le point faible d'un pareil classement. En vérité, on chercherait difficilement deux cas aussi dissemblables que ceux auxquels je viens de faire allusion. Certes il y a un point commun : la solution de continuité intéressant toute l'épaisseur de la paroi vésiculaire, mais combien sont différentes par leur pathogénie, leur nature, par leur gravité et surtout leurs conséquences ces deux affections du cholécyste. Si l'on s'en tient au seul phénomène qui frappe l'œil, la perforation, on est tenté de conclure à l'identité de traitement ; un raisonnement un peu simpliste conduit à penser que l'idéal est de fermer cette perforation par une cholécystorrhaphie. Rien n'est plus faux. Prenons la perforation traumatique : Par la déchiscence que crée l'agent

vulnérant dans cette circonstance, il s'écoule librement dans la cavité péritonéale un liquide pur de tout germe qui va former ce qu'on pourrait appeler une *hydrocholépéritonite aseptique*. — Au contraire, l'ulcération infectieuse — et ulcération n'est pas perforation — créée par les bactéries, l'ulcération qui est fonction de microbes, livre passage à une *humeur infectée* de bacterium coli. Chaque ondée vient ensemençer un nouveau champ de la grande séreuse et cette inoculation enlève le malade en quelques heures par péritonite septique ou putride. Faut-il s'étonner alors de voir une même opération, la cholécystorraphie, donner des résultats tout différents dans chacune de ces éventualités.

* * *

La chirurgie biliaire a maintenant d'autres objectifs que la lithiase, bien que cette dernière figure seule dans les traités didactiques les plus récents ; chaque jour en France, et surtout hors de France, l'activité des opérateurs se disperse sur plusieurs buts distincts, et chaque nouveau but atteint amène une question nouvelle à l'ordre du jour.

Les *malformations* ne semblent pas jusqu'ici devoir jamais fournir au chirurgien un champ d'action inexploré. C'est la constatation que j'ai pu faire en parcourant soigneusement plus de mille observations. Sans doute, sténoses ou inflexions, déviations, coudures ou formations valvulaires sont chose fréquente en l'arbre biliaire pathologique. On trouve encore — et cela est loin d'être rare — des vésicules du fiel bi ou multiloculaires, des vésicules simples ou en bissac. Parfois même on découvre qu'il n'y a pas du tout de vésicule. Tel ce cas de BOECKEL, dans lequel le chirurgien ne rencontra, à sa grande surprise, ni lithiase,

ni cholécyste « ce dernier manquant complètement, nous dit-il, à l'endroit où il existe normalement ». Tel aussi cet autre fait de mon maître QUÉNU, qui dut refermer le ventre sans avoir aperçu le réservoir biliaire. Et plusieurs autres encore. Nul peut-être n'insista plus sur les rétractions et déformations vésiculaires que M. TERRIER. Chacun connaît le signe de COURVOISIER-TERRIER. Tenons-nous-en à ces quelques exemples. Il est manifeste que toutes les déformations dont il s'agit sont acquises et d'ordre inflammatoire, reliquats d'anciennes infections de l'arbre biliaire. Il ne faudrait pas en conclure que les arrêts de développement ne s'observent jamais ici. Je n'en veux pour preuve que le fait suivant relaté par FREUND (1). Un enfant nouveau-né, ictérique, chez qui les selles étaient complètement décolorées, succomba au bout de quelques mois. A l'autopsie, on trouva une anomalie congénitale de la vésicule biliaire, remplie d'un liquide incolore, visqueux et clair. Simple curiosité, disent les chirurgiens. Bref, cette page reste en blanc et ce n'est pas de ce côté que la chirurgie biliaire paraît devoir prendre jamais grand essor.

Voici maintenant un chapitre absolument nouveau qui promet d'être plus fertile : la chirurgie *traumatique* des voies biliaires. Dès maintenant on peut faire une riche récolte. J'ai commencé ce travail, en rassemblant accessoirement, au cours de mes recherches, les quelques documents qui suivent, dont la valeur est grande (2).

(1) Freund. — Ein fall von congenitalen interstitiellen, hepatitis mit anomalie der gallensfuhrungs gange. Jahrbuch f. Kinderk. IX. Bd. octobre 1875.

(2) Dans le cas de PROELLS et UNDE (Dissert. inaugurale de Berlin 1881), le DIEULAFOY, au quinzième jour, retira 3 kilog. de liquide bilieux ; cinq jours plus tard on fit l'extraction de 3850 grammes, de 4400 au vingt sixième jour, une quatrième ponction évacua 5700 grammes au trente-sixième jour, une cinquième en retira 6500 dix jours après ; la guérison était complète en quatre mois et demi.

Le premier cas de DIXON (1) est déjà fort connu. En 1886, un homme tomba d'une grande hauteur. On le releva dyspnéique et comateux. Cependant il parvint à manifester quelques douleurs dans l'hypocondre droit, et le lendemain, lorsqu'il reprit ses sens, il accusa une sensibilité diffuse dans tout l'abdomen. On pensait à une pérityphlite, lorsque le septième jour, une ponction exploratrice fut faite qui, ramenant un liquide rouge jaunâtre, d'apparence biliaire, vint dire le diagnostic : Rupture des voies biliaires. Dès lors l'intervention exploratrice fut décidée, afin d'aller à la recherche de la perforation. Donc, laparotomie dès le lendemain, huitième jour ; une tumeur se présenta, formée de tissu conjonctif hyperplasié, saturée de bile, et au sein de celle-ci la vésicule impossible à décortiquer. Comme celle-ci était adhérente partout et qu'on n'en pouvait tenter l'extirpation, le tout fut enlevé en bloc, tumeur et vésicule. Par une fâcheuse coïncidence, le malade portait en son cholédoque un calcul qui passa totalement inaperçu au moment de l'intervention, bien que l'exploration des voies biliaires eut été faite avec soin. Bientôt le malade succomba, et l'autopsie permit de déceler cette concrétion calculeuse ainsi qu'une infiltration sous-péritonéale de bile le long du bord adhérent du côlon ascendant. — On sait aussi que les grands traumatisés des voies biliaires peuvent guérir à peu de frais, ce qui n'a pas lieu de surprendre, car la bile normale est parfaitement stérile. Le cas de mon maître KIRMISSON (2) est un exemple de cette heureuse éventualité : En 1877, chez un homme également tombé d'une

(1) Dixon. A case of rupture of gall bladder. Gaillards medical. Journal New-York, 1886, vol. XLVII, n° 4, p. 353-356, 8 octobre 1886.

(2) Kirmisson. — Rupture des voies biliaires, consécutive à l'abdomen. Société de chirurgie, 14 décembre 1892.

grande hauteur (Tour Eiffel en construction), M. KIRMISSON retire de la cavité abdominale, par ponction exploratrice, huit litres et demi d'un liquide bilieux.

Intervention simple sans doute, mais qui n'en fut pas moins couronnée d'un plein succès. Toutefois le péritoine ne se montre pas toujours aussi tolérant vis-à-vis du flot biliaire, même s'il est aseptique. Un enfant portait un épanchement abdominal consécutif à un traumatisme grave qui datait déjà d'un mois. LANDERER (1) le ponctionna et n'évacua pas moins de 16 onces de bile. Mais l'épanchement se reproduisit et nécessita une deuxième, puis une troisième, une quatrième et enfin une cinquième ponction, si bien que, par ce procédé, vingt sept litres furent extraits en vingt-sept jours. Il est fort possible qu'une large ouverture du ventre suivie de drainage ne soit pas bien supérieure à la ponction. En effet LANE (2), en 1891, laparotomisa un jeune homme de 18 ans qui lui fut amené dans un état comateux un mois après une contusion violente du ventre. Quatorze litres de liquide biliaire s'écoulèrent au moment de l'incision. Un drainage fut établi et l'amélioration devint manifeste. Cependant quelques jours après, nouvel épanchement, nouvelle intervention qui évacua encore trois litres de bile. Après quoi seulement le jeune malade commença à se rétablir.

Puisqu'il s'agit — c'est le point fondamental — d'un liquide aseptique, il paraît possible de faire plus : ouvrir le ventre et fermer la perforation par suture, par cholé-

(1) Landerer. — Rupture des voies biliaires — Revue des sciences médicales, octobre 1890.

(2) Lane. — Rupture of gallbladder, retention of a considerable of bile in the peritoneal cavity for five weeks operation recovery. Lane, London, 1891, 16 May.

cystotomie idéale ; et cette tentative aura d'autant plus de chance d'être réalisable que l'on interviendra à une date plus rapprochée de l'accident.

C'est précisément ce qui a été réalisé déjà par KEHR (1), en 1892. Ce chirurgien, ayant la bonne fortune d'opérer, quelques heures après le traumatisme, un homme dont la vésicule biliaire était perforée par une balle, se borna à pratiquer une cholécystorraphie idéale, et quatre semaines après, le patient quittait la maison de santé parfaitement guéri. La même année, M. ROUTIER (2) opérait aussi, mais tardivement, une rupture des voies biliaires. Un enfant de douze ans, qui avait reçu un coup de pied de cheval dans la région hépatique, est amené à l'hôpital avec un ventre ballonné, une température élevée, le pouls petit et des vomissements bilieux. Comme une amélioration légère se manifesta au bout de trois jours, la mère l'emmena ; mais, un mois après, elle le présenta de nouveau. Le petit malade ayant offert déjà, à l'âge de 7 ans, des symptômes analogues, on crut à une péritonite tuberculeuse réchauffée. Le 9 septembre 1892, M. ROUTIER fit la laparotomie, trouva un épanchement considérable de bile dans le ventre, des adhérences intestinales et des fausses membranes. Dès lors, pensant qu'il s'agissait évidemment d'une rupture des voies biliaires, ce chirurgien respecta les adhérences, fit un nettoyage de la cavité abdominale et referma le ventre ; l'enfant guérit parfaitement. Même thérapeutique tardive, et par suite palliative

(1) Kehr. — Centralblatt für chirurgie, 1891, n° 31, p. 645-647. (Ces deux observations sont dues à l'obligeance de M. Marcel Baudouin.)

(2) Routier. — Rupture des voies biliaires consécutive à une contusion de l'abdomen. — Bulletins de la Société de chirurgie, 14 décembre 1892.

dans le cas de MICHAUX (1). Laparatomie le dix-septième jour d'une contusion de l'abdomen.

La bile qui s'écoulait dans la cavité péritonéale était enkystée dans une péritonite adhésive qui empêcha tout accès vers la vésicule biliaire. On dut se contenter d'un simple drainage. Guérison consécutive. A signaler enfin un cas de rupture des voies biliaires communiqué par M. REYNIER (2) au Congrès de Rome.

Ces faits établissent que si l'*hydrocholépéritonite traumatique* et peu ou pas septique ne compromet pas immédiatement la vie du malade, elle ne rentre pas en revanche dans la classe des épanchements péritonéaux qui guérissent spontanément et par simple résorption. Il est à peu près certain que tous ces cas réclament un traitement chirurgical à un moment donné ; et lorsqu'on intervient tard, il ne reste qu'à choisir parmi les méthodes palliatives, car la bile a provoqué de vastes adhérences. Mais si l'intervention tardive est presque commandée, il n'en est pas de même aux premières heures de la rupture. Faut-il alors, et à l'exemple de KEHR, prendre de suite le bistouri ? Ce problème rentre dans la délicate question des interventions dans les traumatismes de l'abdomen. Puisque ce sujet a, tout récemment encore, soulevé d'ardentes polémiques, pour ce qui concerne au moins le tube intestinal ; puisque, malgré une foule de faits apportés de tous côtés, les discussions n'ont en somme guère abouti qu'à démontrer l'inanité d'une formule définitive, il ne m'appartient en aucune façon, et avec un seul document d'opération immédiate, de déclarer si, en présence d'une rupture récente et supposée des voies biliaires,

(1) MICHAUX. — Rupture des voies biliaires. — Bulletins de la Société de chirurgie, 11 janvier 1893.

(2) REYNIER. — Rupture des voies biliaires. Congrès de Rome, 1894.

il faut intervenir ni comment il faut intervenir. Il n'y a pas moins un magnifique chapitre à ouvrir sur les *traumatismes* des voies biliaires. Ce sera mon excuse d'avoir relaté un peu soigneusement toutes ces premières observations, si je parviens à faire ressortir combien, dès maintenant, il importe d'étudier à part les plaies des voies biliaires, et combien il est nécessaire de rejeter cette étude hors des traumatismes du foie, dont personne ne l'a encore séparée jusqu'ici.

Les *tumeurs* des voies biliaires, en ces dernières années, n'ont donné prétexte qu'à un nombre très restreint d'interventions. Après des opérations déjà anciennes de TAIT, de COURVOISIER, de SOCIN, de RIEDEL, de KOCHER, de CZERNY, de BARDENHEUER, de HOCHENEGG, il y a peu de nouveaux cas à classer. En 1892, ISRAËL et ADLER (1) enlevèrent une vésicule atteinte d'une dégénérescence hystique spéciale. S'il est maintenant parfaitement démontré, et avec la plus rigoureuse exactitude, que la vésicule biliaire est parfois le siège d'épithéliomes primitifs, les opérateurs n'ont que rarement la bonne fortune de rencontrer une telle dégénérescence à son tout premier début. Et ce qui est vrai pour la vésicule, l'est aussi pour le cholédoque.

Il y a des cancers primitifs du cholédoque ; tout récemment encore, DEETJEN (2) en publiait un cas absolument probant. Le chirurgien doit le savoir parce qu'il peut se trouver aux prises avec une tumeur de cet ordre. Ainsi, par exemple, mon maître QUÉNU (3) laparatomisa un homme ictérique depuis longtemps, ictère dont on ignorait la

(1) Israël et Adler. — Zur pathol. der gallenblase. Berlin, Klinisch, Wochenschrift, n° 41, p. 256, 14 mars 1894.

(2) Deetjen. — Cancer primitif du cholédoque. Deutsch archiv. f. Klin. medic., IV.

(3) Quénu. — Etude sur la chirurgie du cholédoque. Progrès médical, n° 8, p. 290, 4 novembre 1895.

cause. Un peu au-dessus de la première portion du duodénum, on découvrit un petit noyau induré, gros comme un pois. L'épiploon gastro-hépatique fut incisé et l'on arriva sur une petite masse lardacée exactement située sur le trajet du cholédoque. On fendit ce noyau dont le centre était ramolli; un peu du contenu fut pris avec une curette pour être soumis à l'examen histologique, et celui-ci démontra que le petit foyer ramolli, formé de cellules épithéliales polymorphes, n'était autre qu'un *épithéliôme*. Ajoutons que nulle part on ne trouva de calcul.

Mais si les cancers des voies biliaires n'offrent qu'un petit contingent d'opérations, il n'en est pas de même des tumeurs des régions voisines. Parmi ces dernières, les kystes hydatiques du foie ont donné lieu, et cela de façon la plus inattendue, à des interventions sur les voies biliaires. En présence d'un kyste hydatique du foie, M. TERRIER (1) dut sacrifier et extirper la vésicule biliaire absolument saine, afin de pouvoir ensuite aborder le kyste lui-même. Cet exemple est le premier de *cholécystectomie « préliminaire »*, mais il n'est pas le seul, car dans une circonstance analogue — il s'agissait encore de kyste hydatique du foie — M. TERRIER (2) dut également, pour fixer le kyste reséqué à la paroi, supprimer la vésicule biliaire interposée. Dans cet ordre de faits trouve place un cas de THORNTON (3), relatif à un kyste hydatique de l'épiploon, juxta-vésiculaire, en communication avec le

(1) Terrier. — Kyste hydatique du foie. Ablation de la vésicule biliaire. Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie, 1887.

(2) Terrier. — Ablation de kystes hydatiques multiples du foie. Enlèvement total de l'un d'eux avec la vésicule. Ouverture, résection et suture à la paroi abdominale des parois du kyste hydatique du foie. Cholécystectomie. Revue de chirurgie, 1892, p. 554.

(3) Thornton. — Observation on additional case illustration hepatic surgery. Lancet, 4 et 11 avril 1891.

cholécyste. L'opération se termina par une suture de la vésicule à la paroi.

C'est principalement pour obvier à l'obstruction des voies biliaires par néoplasmes de la tête du pancréas, que l'acte opératoire s'est multiplié à titre de traitement palliatif. La chirurgie a procuré plus d'un soulagement à ces pauvres malades doublement intoxiqués et par leur néoplasme et par une cholémie profonde et définitive. Afin de remédier à la rétention biliaire engendrée par oblitération néoplasique du pancréas, BROODGLETT, puis SOCIN firent chacun une cholécystostomie en deux temps. MACKAY, CHANDELUX, JORDAN, LLOYD, KRIEGER, FREY, BETTELHEIM, REYNIER (2 cas), HERRINGHAM et KÉRTLEY, MAYO ROBSON, BENNET, DUNCAN et PARRY, BOECKEL, RUFUS HALL, SOCIN, TERRIER (3 cas), RECLUS, LENNANDER, WEIR d'une part, TILLAUX d'autre part, rétablirent par cholécystentérostomie le cours de la bile vers l'intestin, ceux-là en opérant en une séance, celui-ci en pratiquant l'anastomose cysto-intestinale en deux temps. Tous ces faits sont colligés par NIMIER (1). J'ajouterai celui de ZAGORSKI (cholécystostomie en un temps et cathétérisme du cholédoque), celui de FONTAN (2) (tumeur de l'épiploon gastro-hépatique englobant complètement les conduits biliaires), dans chacun desquels on fit une fistulisation cutanée, enfin celui de MICHAUX (3) (cancer de l'ampoule de Vater), celui de TUFFIER (4) (obstruction biliaire par cancer du foie avec prolongement cancéreux autour du cholédoque). Dans l'un et dans l'autre, une fistule cysto-duodénale fut établie.

(1) Nimier. — Chirurgie du pancréas. *Revue de chirurgie*, 1893.

(2) Fontan. — Cathétérisme des voies biliaires. In Terrier, *Revue de chirurgie*, 1892.

(3) Michaux. *Bulletins de la Société de chirurgie*, 1894.

(4) Tuffier. *Bulletins de la Société de chirurgie*, 1894.

Reste la grande classe des opérations pour *lithiase*. Il ne sera dit, de celle-ci, aucun mot dans ce travail. La lithiase — on l'a déjà lu plus haut — est encore considérée, pour quelques-uns, comme la seule affection justifiable de la chirurgie. Par la longue énumération de tous les faits qui précèdent, je me suis efforcé de montrer combien le champ opératoire reste vaste pour le chirurgien, en dehors de la maladie calculeuse. Au surplus, l'opinion s'accrédite chaque jour que la lithiase n'est pas toujours une entité morbide ayant son entière individualité. Il est des calculeux non infectés, calculeux qui n'ont pas franchi la phase aseptique de leur maladie, qui sont pour le chirurgien bien plus des *traumatisés* que des lithiasiques. Leurs voies biliaires sont blessées, mais blessées intérieurement et par leur face cavitaire. Il en est d'autres qui sont avant tout des *infectés* et, accessoirement, des lithiasiques. Enfin, d'autres sont considérés comme des cancéreux, ce qui est exact, mais ils n'en sont pas moins des calculeux. Personne cependant ne songe à les traiter comme des calculeux, parce que cette complication est de bien maigre importance comparée à la maladie principale néoplasique. On ne peut nier non plus qu'ils soient presque tous calculeux. C'est ce que vient de démontrer COURVOISIER qui, dans 84 cas de cancers des voies biliaires, relève l'énorme proportion de 74 cas de calculs concomitants. C'est ce que prouve encore mieux BRODROWSKI, cité par GANOWSKI qui, dans 40 cas de cancers biliaires, trouva 40 fois un ou plusieurs calculs. Ainsi la lithiase apparaît comme une lésion banale, et pour quelques auteurs qui se placent à un point de vue très général, elle n'est qu'un vulgaire mode de réaction des voies biliaires vis-à-vis d'un élément étranger, le plus souvent microbien.

L'agent microbien serait lithogène par les desquamations épithéliales qu'il produit et qui deviennent autant de centres de cristallisation ; ainsi pensent NAUNYN, SCHROEDER, FURBRINGER, MOSLER, LÉTIENNE, etc. Mais peu importe, dira-t-on, pour le traitement, et de ce que la science vient nous donner des notions pathogéniques nouvelles, il n'en faudrait pas conclure que la lithiase, au point de vue chirurgical, doive être dissociée, il ne faudrait pas penser que pour l'avenir elle soit appelée à disparaître dans les trois grandes classes des *traumatismes*, des *infections* ou des *cancers*. Les faits parlent plus haut que toutes les théories, et jusqu'ici, en se plaçant sur le terrain thérapeutique et chirurgical, la *maladie calculeuse* reste une et continue à former un tout qui occupera toujours la plus belle place dans la chirurgie biliaire.

L'utérus, la trompe et l'ovaire, le cœcum et l'appendice sont comme l'arbre biliaire des organes nouveau-venus dans le domaine chirurgical. Ils occupent de longues pages dans les traités didactiques pour ce qui concerne leurs *maladies infectieuses* et inflammatoires, et à ce point de vue, ils ne le cèdent point en importance aux inflammations des membres et des régions. Métrites et salpingo-ovarites, typhlites et appendicites ont dans les descriptions la place d'honneur. A l'arbre biliaire, rien de semblable. Et cependant, les *grandes suppurations biliaires*, pas plus que les grandes suppurations pelviennes, ne sauraient échapper aux lois générales de la chirurgie. Sans doute elles sont signalées, mais incidemment et comme de simples complications de la lithiase. L'histoire des calculeux infectés est à peine ébauchée et cette belle étude serait d'un bien vif intérêt. Mais déjà ces faits sont complexes, parce que le calcul lèse et traumatise les voies biliaires, parce

qu'aussi il en obture les gros conduits et fait rentrer les malades dans le groupe des rétentionnistes biliaires. Mais il y a des *infections simples et non calculeuses*. Toute une classe d'infectés des voies biliaires n'a rien à voir avec la lithiasé, et, par suite, elle est justiciable d'une thérapeutique absolument particulière. Comme il est logique de procéder du simple au composé, l'étude de ces infectés simples est la première à aborder. Ce n'est donc ni des traumatismes, ni des néoplasmes, ni de la lithiasé avec ou sans infection qu'il sera question dans tout ce qui va suivre. Je me bornerai à ce groupe de faits assez restreint qu'on appelle encore quelquefois les *inflammations biliaires protopathiques* ou essentielles, pour indiquer que cette inflammation est exempte de tout phénomène étranger; j'envisagerai les infections biliaires qui se rapprochent le plus de l'infection expérimentale, c'est-à-dire de l'infection la plus pure et la plus typique. Mon attention en un mot s'arrêtera sur la seule *angiocholécystite non calculeuse*, et cette dernière sera surtout considérée dans ses rapports avec la chirurgie, question nouvelle, car jusqu'à ce jour l'infection non calculeuse a toujours été considérée comme appartenant uniquement à la médecine; je dois dire enfin que je ne m'en tiendrai pas rigoureusement à la partie opératoire, car la chirurgie ne consiste pas seulement à poser des indications opératoires et à prendre le bistouri pour opérer.

Définition. — Nature. — Limites.

« Tout ouvrier est tenu savoir le
lieu et nature du subject auquel il
ouvre; autrement il erre. »

Pierre FRANCO.

Par *angiocholécystite*, il faut entendre les altérations déterminées dans l'arbre biliaire principal ou accessoire par l'envahissement microbien. La contamination peut se faire par quatre voies, par l'artérielle, la veineuse, le lymphatique ou la voie cholédoccienne. Cette dernière répond à l'immense majorité des faits, et, comme les autres glandes de l'économie, la glande biliaire s'infecte par voie canaliculaire ascendante. Au point de vue pathogénique, l'ascension bactérienne survient dans deux conditions bien distinctes; tantôt les canaux vecteurs du fiel sont primitivement et mécaniquement lésés par un corps étranger, calcul, ascaride ou vésicule hydatique. Par le traumatisme qu'il détermine, le corps étranger prépare le terrain pour la colonisation des infiniment petits et constitue une cause d'appel, ou bien encore il traumatise et inocule à la fois, apportant avec lui les mille bactéries dont il s'entoure, véritable *bactifère* dont l'action est, selon l'heureuse expression de DUPRÉ (1), celle d'un cathéter septique; tel est l'ascaride qui, envahissant la papille duodénale, s'insinue et s'égare en l'arbre biliaire. Tantôt, les voies biliaires indemnes dès le principe sont envahies par

(1) Dupré. Les infections biliaires. Thèse de Paris, 1891.

ascension spontanée de germes qui émigrent de l'intestin. La vitalité de ces éléments pathogènes, des troubles histo-chimiques mal connus de l'humeur biliaire transformée en excellent milieu bactéricole, sont les deux causes intimes qui président à ce mode particulier de contamination. Le terme d'*angio-cholécystite secondaire, deutéropathique*, ou mieux *calculieuse*, si l'on tient à exprimer la cause apparente, s'applique aux faits du premier groupe. Par contre, les *angio-cholécystites* sont dites *primitives, essentielles, protopathiques*, ou *non calculieuses*, lorsque l'arbre biliaire est pur de tout corps étranger, antérieur ou concomittant. Ainsi, la pathogénie reconnaît parmi les angio-cholécystites deux espèces bien tranchées ; la clinique est moins avancée, mais elle admet cette subdivision. Je dirai tout de suite que la thérapeutique réclame la même scission. En effet, la présence ou non de calcul est un élément à lui seul parfaitement suffisant pour modifier l'intervention dans un sens ou dans un autre. Il y a des opérations qui sont absolument spéciales à certaines angio-cholécystites non calculieuses ; je le démontrerai plus tard lorsque le moment sera venu. Qu'il me suffise ici de donner par avance quelques exemples à l'appui de cette manière de voir : MUSSEY, KNAGGS, TERRILLON, BOECKEL, FRAENKEL, SENDLER, etc., laparotomisèrent chacun des malades atteints d'une affection hépatique, cliniquement assez caractérisée pour que dans tous les cas — et souvent en se basant sur un seul signe trompeur, douleur à forme de colique hépatique — on ait cru à une affection calculieuse. Le ventre ouvert, ces auteurs explorèrent sans succès les voies biliaires et reconnurent à leur grande surprise qu'il n'existait nulle part aucune trace de gravier. Dès lors, on jugea bon de changer de conduite et d'exé-

cuter un plan opératoire en tout différent de celui qui avait été prémédité. Les uns, moins audacieux, vont au plus simple, laissent les choses en l'état et referment l'abdomen. Mais d'autres ne se contentant pas d'une laparotomie exploratrice, tirèrent profit de l'ouverture du ventre pour ébaucher un traitement curatif ; ils se mirent en demeure de détruire les adhérences périvésiculaires. Bien leur en prit, car s'ils s'étonnèrent de ne pas trouver aucun calcul, ils ne furent pas moins surpris de guérir, et radicalement, par la simple libération du cholécyste, leurs malades qui n'étaient point et n'avaient jamais été des calculeux. — Autre exemple, celui-ci tiré d'une observation personnelle. Une femme, atteinte de troubles digestifs graves, présentait une induration de la vésicule biliaire dont la nature échappa, mais qui, cette fois, ne fut pas mise du tout sur le compte de la lithiasé. Le 15 mai dernier, M. QUÉNU opéra cette malade et trouva bien une *cholécystite non calculeuse*. L'exploration ayant démontré l'absence de tout gravier dans les voies biliaires, on estima qu'il était absolument inutile d'ouvrir la vésicule pour en connaître le contenu, et comme la route cholédoccienne paraissait parfaitement perméable, on décida d'extirper séance tenante toute la vésicule chroniquement enflammée. Ce qui fut fait après dissection de quelques adhérences et avec le soin de n'ouvrir en aucun point le kyste vésiculaire. Ainsi fut enlevé ce dernier en un seul fragment et sans la moindre ouverture préalable de ses parois, c'est-à-dire à la façon des poches septiques. Qu'on suppose maintenant et dans ce même cas un calcul dans la vésicule. Très vraisemblablement l'opération eût été conduite bien différemment. C'est au calcul que l'on se serait adressé tout d'abord ; c'est à l'extraire qu'on

aurait songé de suite, et pour cette ablation, les voies biliaires auraient été incisées sur un point quelconque. Mais à ce moment même, les conditions se seraient trouvées changées totalement, du seul fait de l'ouverture de l'arbre biliaire et d'un contact obligé avec le contenu infecté; alors et dans ces circonstances toutes nouvelles, on eût opté pour une *cholécystostomie*, une *cholécystectomy*, une *cholédocolomy* ou une *cholécystentérostomie*, selon le siège du calcul, selon sa mobilité, la facilité de son déplacement, etc.

Bref, l'absence de calcul dans l'arbre biliaire est un facteur suffisant pour justifier une thérapeutique chirurgicale spéciale. C'est là ce que je voulais tenter de faire ressortir.

Que l'affection soit calculeuse ou non, il demeure donc bien entendu qu'en matière d'*angiocholécystite*, l'opérateur se trouve en face d'*altérations de nature infectieuse*. Dans son essence et par sa genèse, le processus angiocholécystien suppose réalisées deux conditions fondamentales : L'apport de bactéries dans les voies biliaires, la virulence de ces mêmes bactéries.

I. — Les voies biliaires sont normalement stériles, sauf à l'embouchure du grand collecteur biliaire, en cette zone qui confine immédiatement à l'intestin, ainsi qu'il résulte des recherches de DUCLOS et NETTER. Par un premier point, l'angiocholécystite diffère de l'état normal. Les microbes ont franchi la zone juxta-duodénale et colonisent dans toute la bile-culture. Et non-seulement on a constaté leur présence, mais l'étude de leur déterminisme est déjà très avancée. Ils sont d'espèce variable. Parmi les *bacilles*, le *bacterium coli* d'ESCHERICH, le bacille d'EBERTH sont les plus communément rencontrés. L'extrême mobilité que

présentent, grâce à leurs cils, ces deux espèces si voisines, est particulièrement propice à leur migration. D'autres bacilles, au contraire, sont absolument dépourvus de toute oscillation spontanée, tel le bacille de Koch. Plus rarement il s'agit de *vibrions*, ainsi que la bacille virgulé du choléra. D'autres fois, les microorganismes appartiennent à la grande classe des *cocci*. *Streptocoques*, *staphylocoques*, *pneumocoques*. Enfin, suivant les cas, l'infection est poly ou mono-microbienne, selon qu'il y a ou non association de plusieurs espèces. Telle est la règle, mais elle offre des exceptions. Le pus de certains empyèmes de la vésicule biliaire est *parfois stérile* (une observation personnelle); le contenu de certaines hydro ou hématocholécystites peut aussi être bactériologiquement aseptique (cas personnel), au moins au moment de l'intervention. Mais peu importe pour le chirurgien, la conduite à tenir est invariable à ce point de vue spécial.

Tout d'abord et avant tout, l'angiocholécystite doit être tenue comme essentiellement infectieuse, et les quelques anomalies que je viens de citer ne sauraient en aucune façon atténuer la vérité de cette déclaration. D'ailleurs, l'opérateur n'a, au moment même de l'acte sanglant, aucune notion exacte sur la fertilité ou la stérilité de l'humeur biliaire. Enfin, dans les *cholécystites bactériologiques* *ent aseptiques*, les tissus sont en état de microbisme latent ou en imminence de réveil d'infection, comme le prouvent les perpétuelles poussées de péritonite localisées qu'on observe autour du cholécyste enflammé dans tous ces cas. Ainsi donc, la présence du microorganisme dans l'arbre biliaire est le premier facteur nécessaire pour allumer l'angiocholécystite, mais s'il est nécessaire, il n'est pas suffisant.

II. — *Virulence des microbes infectants.* — Là se trouve la deuxième condition, dont l'importance est tout aussi capitale. En effet, il arrive de temps à autre que la bile recueillie se montre fertile lorsqu'on l'ensemence sur les milieux de culture usuels. Ainsi DUPRÉ (1) (Observation VII) relate l'observation suivante de mon ami A. BERGÉ. Un bacille, qui parut être le typhique, fut retiré de la bile d'un typhique; mais « il n'y avait pas d'angiocholite. » Autre exemple encore rapporté par DUPRÉ (Observation VIII), chez un typhique également, JACOB trouve une infection biliaire par le *bacterium coli* commune, et cependant, il n'existait pas non plus trace d'angiocholite. Enfin, LÉTIENNE (2) a observé plusieurs faits de ce genre. On peut objecter que dans tous ces cas, il s'agissait de simples infections agoniques ou cadavériques dont mon ami PHULPIN a bien montré la grande fréquence, et ce dont j'ai pu moi-même me rendre compte en travaillant auprès de lui. En effet, je ferai remarquer que dans toutes les observations précitées, la bile n'a été prélevée que sur le cadavre; par conséquent, les envahissements microbiens de la bile, non suivis d'angiocholécystite, attendent encore leur démonstration chez le vivant. Mais *à priori*, il n'y a rien que de très rationnel à admettre que, dans certaines conditions, il se produise des invasions plutôt que des infections microbiennes biliaires, dont l'effet demeure éphémère. Si, par hasard, la ponction en décelait la présence sur le cadavre, il ne faudrait pas bien entendu en conclure à l'indication d'un traitement chirurgical, à la nécessité de drainer les voies biliaires par exemple. Toutefois, comme ces infections sans gravité

(1) Dupré. — *Loco citato*.

(2) Etude bactériologique de la bile. Thèse de Paris, 1892.

sont une menace pour l'avenir, il est clair qu'il ne faudrait pas s'en tenir à l'expectation. Il est un médicament à la fois cholagogue et antiseptique qui, en s'éliminant par la bile, rend celle-ci réfractaire au développement bactérien et dont la médecine fait grand cas, avec d'autant plus de raison que c'est presque la seule arme dont elle dispose ; c'est le salicylate de soude, la médication salicylée serait tout à fait de mise. Mais il est évident que l'acte opératoire ne trouve sa raison d'être que lorsque les parasites ont commencé leurs hostilités, et pour cela il faut que les parasites soient en *état de virulence*. Du conflit de l'agent pathogène et des cellules qui tapissent et protègent la muqueuse biliaire, résulte la lésion angiocholécystienne, dont l'aspect varie selon l'aptitude à la phagocytose de ces cellules préposées à la première défense, et bien vite renforcées par les leucocytes qui accourent de toute part. Déjà traumatisé et mis en état de moindre résistance dans l'angiocholécystite calculeuse, l'élément cellulaire est, au contraire, en pleine vitalité, lorsque s'engage le combat dans l'angiocholécystite non calculeuse qui va nous occuper.

*
* *

Ce travail, consacré au traitement chirurgical des angiocholécystites non calculeuses, a pour base exclusif 70 cas absolument probants de cette maladie, cas dans lesquels l'absence de toute concrétion a été manifestement constatée par le clinicien et l'opérateur ou l'anatomo-pathologiste, quelquefois par les trois. Mon premier devoir, au seuil même de cette étude, est de justifier que les documents que j'apporte offrent les garanties requises ; je

dois démontrer que toutes les *suppurations biliaires* — et je donne à ce terme une vaste compréhension — toutes les suppurations, dis-je, qui m'ont servi pour ce travail, sont bien des angiocholécystites primitives et non calculeuses. Ce point fondamental est tout naturellement le premier qui demande explication. En effet, il serait sans intérêt de raisonner sur une série d'exceptions déclarées *non lithiasiques* par le chirurgien, par ce seul fait que la pierre n'a pu être découverte par lui, mais dont la nature calculeuse n'en reste pas moins douteuse. Mon travail n'aurait pas sa raison d'être si, basé sur ces exceptions, il tentait d'établir quelques indications opératoires et d'esquisser quelques règles de conduite à propos d'une entité morbide qui n'en est pas une. Si au contraire je réussis à bien montrer que les faits réunis par moi répondent bien à un véritable tout, que ce tout se différencie parfaitement au triple point de vue de sa pathogénie, de son anatomie-pathologique et de sa clinique, dès lors, rien ne sera plus légitime que de rechercher si la maladie non calculeuse est justiciable d'un traitement chirurgical d'une part ; de rechercher aussi d'autre part quelle thérapeutique convient à des cas réunis par groupe, qu'on peut appeler des formes de cette affection, formes qui seront toutes envisagées séparément.

Donc, toutes les observations où la présence des calculs est consignée quelque part, soit avant, pendant ou après l'opération ; toutes celles dont la concrétion, passée inaperçue pendant l'intervention, a été décelée à l'autopsie ; toutes celles même où persistait un certain doute dans l'esprit du chirurgien sur l'existence d'un gravier dans les voies biliaires, malgré une exploration attentive, enfin toutes celles où, pour une raison ou pour une autre, on peut

soupçonner la nature lithiasique, toutes ces observations ont été soigneusement et systématiquement rejetées.

Ce départ bien établi, le champ reste encore ouvert à la discussion par deux côtés seulement. De ce fait qu'aucune pierre n'a été perçue par l'opérateur dans les voies biliaires, suis-je autorisé à conclure que cette pierre n'existait pas ? Très vraisemblablement, dira-t-on, il y avait calcul, mais on n'a pas su le découvrir, ou bien encore il est tombé dans le duodénum. L'objection est grave et vise une certaine partie, la plus faible il est vrai, de mes cas dans lesquels je n'ai relevé comme seule et unique garantie que la constatation négative des calculs pendant l'exploration chirurgicale. Aussi bien, la question revient à savoir quelle valeur il faut accorder à cette exploration des voies biliaires extra-hépatiques, faite pendant l'opération, et quels renseignements nous sommes en droit d'attendre de ce mode d'investigation. Or, cette question a déjà été portée devant des sociétés savantes, l'accord est presque fait à son égard. La recherche des calculs, si elle est méthodiquement conduite, est capable de donner les renseignements les plus précieux, même s'il s'agit de concrétions presque minuscules. Pour cela, il est certaines règles que mon maître QUÉNU (1) formule ainsi. Le foie étant relevé et garni d'une compresse, est maintenu par un aide au moyen d'une large valve qui sert en même temps de réflecteur ; on se dirige immédiatement vers la première partie du duodénum dont la délimitation avec l'estomac se fait aisément, grâce au léger rétrécissement et à l'épaisseur plus grande des parois qu'offre le pylore. Remontant de l'angle formé par la 1^{re} et la 2^{me} portion du duodénum vers le col

(1) Quénu. Progrès médical, mai 1895.

de la vésicule biliaire, on recherche l'hiatus de Winslow. Il faut se rappeler que le bord droit de l'épiploon gastro-hépatique, généralement tendu, du col de la vésicule biliaire au duodénum, est parfois reporté à mi-corps de la vésicule, formant ainsi un large repli péritonéal qu'il faut contourner pour pénétrer dans l'hiatus de Winslow. On introduit l'index gauche dans l'hiatus et on l'abaisse le plus possible. Pendant ce temps, l'index droit s'applique sur la face antérieure de l'épiploon gastro-hépatique et en suit le bord droit.

« Par cette exploration, dit QUÉNU, il est impossible » de laisser inaperçu un calcul logé soit à l'embouchure » des canaux cystique et hépatique, soit dans la portion » sus-duodénale du cholédoque ».

Quant à l'exploration de la portion rétro-duodénale, elle peut se faire de la façon suivante : L'index gauche déprime en arrière et à droite la portion verticale du duodénum, le pouce étant appliqué par sa pulpe sur le bord supérieur de la première portion. — Nous nous sommes assurés, ajoute encore QUÉNU, qu'en procédant de la sorte, on sent aisément un petit calcul introduit par une boutonnière au cholédoque, et poussé jusque dans sa portion rétro-duodénale. On le sent même, mais un peu moins nettement, à travers l'épaisseur du pancréas. Il est bon d'observer que les fragments ainsi introduits étaient de très petites dimensions, puisqu'ils devaient s'accommoder aux diamètres d'un cholédoque non dilaté. Ces expériences cadavériques prouvent bien qu'un très petit calcul peut être senti dans toute l'étendue du cholédoque, sans aucune incision ni dénudation préalables; elles démontrent l'utilité et l'innocuité de l'exploration.

La tâche est malheureusement moins facile dans les

cas assez nombreux où il existe des adhérences, et ces cas sont aussi fréquents dans les angiocholécystites non calculeuses que dans les autres. Cette manœuvre demande une certaine habitude. Or, dans les faits que je présente, l'exploration a été faite par les chirurgiens les plus autorisés, qui s'appellent LANGENBRUCH, RIEDEL, CZERNY, FRAENKEL, BOEKEL, TERRIER, QUÉNU, TERRILLON, etc. Je crois donc que si cette recherche resta négative entre les mains de ces maîtres en l'art d'explorer les voies biliaires, c'est que les calculs faisaient complètement défaut.

Mais je reconnais que les plus anciennes parmi mes observations, remontant à une époque où les chirurgiens n'avaient point encore fait leur éducation sur ce point spécial de la chirurgie biliaire, laissent quelque peu à désirer au point de vue de l'examen des conduits extra-hépatiques. En revanche, ces cas ont été presque tous vérifiés à l'autopsie, car ils datent des premiers âges de la chirurgie abdominale et appartiennent aux opérateurs de l'ancien régime. Si l'examen biopsique a été insuffisant, l'examen cadavérique a prouvé nettement que, là non plus, il ne s'agissait pas de lithiase. Reste un dernier groupe de faits où l'exploration n'a été que partielle et n'a porté que sur la vésicule biliaire cholécystostomisée. Ici on a suppléé à l'insuffisance de l'exploration par un cathétérisme pratique soit au moment de l'opération, soit dans les jours qui suivirent. Jamais on n'obtint, par cet autre mode d'investigation du canal cysto-cholédoccien, le moindre choc, ressaut ou contact caractéristique d'une pierre intrabiliaire. Ai-je enfin besoin d'ajouter que chaque fois qu'elle fut faite, la recherche des calculs dans les selles demeura infructueuse. En résumé, absence de calculs dans les selles, soit avant, soit après l'intervention, impossibilité de trouver

la moindre trace de concrétion intra-canaliculaire pendant l'acte chirurgical, soit par l'exploration externe ou par cathétérisme, recherche négative, et dans l'arbre biliaire, et dans le contenu intestinal, lorsque l'occasion fut donnée de contrôler sur le cadavre, telles sont les conditions isolées, mais souvent associées, qui ont présidé au dépouillement de mes observations et qui m'autorisent pleinement à considérer comme non calculeuses les angiocholécystites relatives dans ce travail.

Il me reste, pour mettre fin à ces prémisses, à envisager une dernière considération que je tiens à mettre en relief. Sans aucun doute, on sera surpris de relever dans le texte de quelques-uns de mes documents, *accidents antérieurs de colique hépatique*. Que vient faire la colique hépatique dans des angiocholécystites qui ne sont pas calculeuses ? Bien plus, si l'on admet, conformément à la notion classique, que la colique hépatique est pathognomonique de la présence ou de la migration laborieuse d'un corps étranger, presque toujours d'un calcul dans les voies de la bile, on n'hésitera pas à élaguer, comme appartenant à la lithiase, tous les cas où se trouve mentionné ce syndrome. Et pourtant ces faits m'ont paru dignes de figurer dans cette étude consacrée aux *infections non calculeuses*. C'est qu'en effet, j'ai acquis à leur égard la ferme conviction que ces prétendues coliques hépatiques n'en étaient pas, ou si l'on préfère, qu'elles reconnaissent une pathogénie toute spéciale, n'ayant avec la lithiase aucune espèce de relation. De cela voici la démonstration.

D'abord, quelles raisons engagèrent les auteurs à prononcer le nom de *colique hépatique* ? Deux raisons, si l'on analyse tous ces faits. Dans un premier lot d'observations, il est dit qu'il y avait *douleur* avec ou sans *vomisse-*

ment, douleurs franchement *localisées* au niveau de la vésicule, au point cystique, douleur d'une *acuité* extrême survenant par *accès*; l'ensemble de ces accès constituait une *attaque* dont l'apparition *intermittente* avait lieu irrégulièrement à époques variables.

Dans une deuxième catégorie de faits, en outre des symptômes qui précèdent, un *ictère* fut constaté, passager ou chronique en sa durée. Mais ni dans l'une, ni dans l'autre de ces catégories, il ne fut découvert la moindre trace de calcul par l'examen des selles, ni même par la recherche nécropsique quand elle eut lieu.

De part et d'autre, le tableau est saisissant. C'est bien là le syndrome banal décrit partout comme colique hépatique. Et si le doute subsiste dans les cas du premier groupe où l'ictère manqua, il n'est plus permis dans les autres; d'autant plus, nous disent encore les classiques, que la colique hépatique revêt souvent une forme fruste. On concèdera peut-être que dans l'étude du malade, l'interrogatoire a quelquefois été dirigé par le médecin avec l'esprit prévenu et l'intention bien arrêtée de trouver le syndrome classique; la tendance est naturelle de baptiser de colique hépatique toute douleur plus ou moins localisée de la région hépatique. Mais qu'importe, aucune faute n'a été commise dans l'observation, et cliniquement ces crises douloureuses méritaient bien d'être étiquetées, et sans la moindre réserve, colique hépatique.

Voici venir maintenant le moment de l'opération et la possibilité d'un contrôle biopsique. Le chirurgien ouvre l'abdomen, explore les voies biliaires, et, à son plus grand étonnement, il ne décèle pas la moindre trace de corps étranger dont la clinique lui dictait l'existence. Pas le plus petit gravier, pas un seul ascaride, pas la moindre

vésicule hydatique attendus, et cela constaté dans des conditions telles que le doute n'est même pas permis. Que devient donc notre colique hépatique, cette manifestation clinique, pathognomonique, dit-on, de la présence d'un calcul. Ne s'agit-il pas d'une *pseudo-colique hépatique* survenant chez des *faux calculeux*.

En réalité, la crise paroxystique de nos malades n'a rien qui doive nous surprendre, et de toutes les explications qu'on en pourra donner, je n'en retiens qu'une qui me paraît d'une réelle valeur. Tous les éléments qui s'associaient dans le syndrome et que j'ai pris soin de dissocier plus haut, afin de faciliter la discussion, s'expliquent parfaitement par le seul fait d'un travail de *péritonite vésiculaire adhésive*. Et maintenant, qu'il me soit permis de reprendre un à un chacun de ces éléments indivisibles afin de montrer le bien fondé de cette manière de voir.

Tout d'abord, j'ai à dire qu'en aucun cas, les *adhérences péritonéales* que j'incrimine n'ont fait défaut. On les trouve consignées dans tous les cas où il y a eu crises douloureuses. Mais il est possible qu'il n'y ait là qu'une coïncidence, et cette raison à elle seule est certes insuffisante. Il en faut d'autres, les voici :

L'*acuité extrême* des douleurs n'est pas du tout caractéristique de la colique calculeuse ; pareilles douleurs existent et avec la même intensité dans certaines poussées de péritonite localisées autour de viscères abdominaux. Mon Maître NICAISE (1) a bien mis ce point en lumière lorsqu'il a écrit : « Certaines adhérences sont la cause de douleurs parfois intolérables, atroces, et qui nécessitent une opération ». Celles-là surtout qu'il appelle membrani-

(1) NICAISE. Des adhérences péritonéales douloureuses. — Revue de chirurgie, 1894.

formes, en brides, ou filamenteuses, possèdent ce fâcheux privilège. La chose n'est plus contestable, elle est maintenant parfaitement connue des gynécologues et de tous ceux qui font de la chirurgie abdominale. Maintes fois, j'ai entendu mon maître QUÉNU insister sur la nécessité de ne jamais laisser la moindre surface cruentée dans la cavité péritonéale à la suite des salpingectomies ou autres opérations abdominales, parce que toute dénudation, en outre qu'elle crée une condition défavorable pour l'asepsie, est une cause d'adhérences certaines pour l'avenir, et par suite une source de douleurs qui rendent, ainsi qu'il m'a été donné de le voir plusieurs fois, une seconde intervention absolument indispensable. Pourquoi donc ces adhérences qui peuvent déterminer des douleurs atroces, selon l'expression de NICAISE, lorsqu'elles sont pelviennes, herniaires, intestinales, etc., pourquoi n'auraient-elles pas, dans certains cas, la même intensité lorsqu'elles sont périvésiculaires ?

Localisation en un *point fixe, point cystique*, faut-il encore voir là un élément caractéristique de la colique calculeuse ? Nullement, les douleurs de péritonite adhésive possèdent un haut degré de précision. Chaque chirurgien connaît des cas de ce genre, qu'il tire de sa pratique abdominale. Je n'en ai lu aucun de plus remarquable que celui-ci emprunté à M. SEGOND. Il s'agit d'une femme laparotomisée d'abord, plus tard hystérectomisée pour des douleurs péri-utérines persistantes, plus tard encore laparotomisée de nouveau parce que la malade ressentait des tiraillements au moment de la miction — et cette deuxième laparotomie montra qu'il existait en effet des adhérences dans les régions juxta-vésicales. Bientôt, la patiente, qui s'observait parfaitement, accusa des douleurs

en trois points précis : au niveau du cul-de-sac latéral droit, au niveau du bas-fond de la vessie et du trou obturateur. En présence de la précision de ces déclarations, M. SEGOND pratiqua une quatrième opération qui consista en une troisième laparotomie ; et, cette fois encore, on trouva trois brides épiploïques qui s'inséraient exactement aux points indiqués, sans qu'on puisse déceler autre chose. J'ajouterai, pour terminer l'histoire de cette malade intéressante jusqu'au bout, qu'elle subit depuis une cinquième opération (quatrième laparotomie) pour l'extraction d'un petit kyste. Après quoi, la guérison fut obtenue. Ce seul exemple dispense de tout commentaire et l'on sait après cela à quoi s'en tenir sur la *fixité* des douleurs de péritonite adhésive. Cette dernière, dans la péritonite vésiculaire, ne peut donner lieu qu'à un *point cystique*.

Douleurs subintrantes constituant l'attaque. Rien là non plus de propre à la migration laborieuse des pierres biliaires. Ce n'est pas autrement que procèdent les péritonites localisées au voisinage d'un viscère abdominal infecté constituant ce qu'on appelle couramment une *poussée* — et cette poussée est dite, ailleurs, poussée de périannexite, de pérityphlite, de périappendicite, selon qu'il s'agit de l'ovaire, du cœcum ou de l'appendice. N'y aurait-il pas des *poussées de péri-cholécystite*, celles-ci reconnaissant soit un réveil d'infection, soit une infection nouvelle greffée sur des tissus déjà en état de microbisme latent.

Pas plus que les précédents, l'élément qui suit — *intermittence dans les attaques* — n'a rien de spécial au calcul qui se dirige vers le duodénum. S'il est un fait banal, c'est que tout travail de péritonite plastique ou localisée procède par attaques entremêlées d'accalmie. Tout

comme les pérityphlites ou même les périsalpingites, la péricholécystite peut être à « répétition ».

Ainsi, la péricholécystite rend parfaitement compte de toutes les douleurs telles qu'elles ont été décrites dans les faits du premier groupe; il n'est pas beaucoup plus difficile de trouver la cause de l'ictère qui est signalé dans les autres observations. Est-il passager, il ressortit à une desquamation de l'épithélium biliaire enflammé et à l'encombrement des canaux vecteurs par des blocs de cellules nécrosées et condensées en « *bouchons muqueux*. »

Déjà GEORGES HARLEY a fait remarquer que des bouchons de bile très épaissie sont capables, aussi bien qu'un calcul, d'obstruer le cholédoque. Cette desquamation coïncide justement avec des poussées nouvelles de péritonite juxta-vésiculaire, parce que, comme elle, elle est due à une nouvelle contamination de l'arbre biliaire. Une infection nouvelle ou réveillée préside certainement à l'éclosion de tous ces troubles. Si, au contraire, l'ictère est chronique, il est produit par une cause permanente; cette dernière consiste dans des *sténoses* du cholédoque ou encore dans une compression extérieure de ce conduit par des *brides péritonitiques*. De même qu'il y a des occlusions intestinales par brides péritonitiques, de même il y a des occlusions cholédocciennes par brides péricholédocciennes.

Tout cela resterait pure hypothèse, si je n'avais, pour sanctionner la réalité de cette assertion, les faits très probants que voici : En effet, il était à prévoir que la seule suppression des adhérences, cause de tant de maux, guérirait les malades; c'est ce qui a été fait quelquefois de propos délibéré. Ainsi KNAGGS opéra un malade qui souffrait depuis douze ans de crises hépatiques avec ictère. L'intervention consista en une simple libération

d'adhérences ; la pierre qu'on pensait découvrir n'existait pas. Le patient guérit complètement et vit successivement disparaître douleur et ictère. — A l'intensité de certaines douleurs cystiques, à leur fixité que présentait un autre malade également ictérique, SENDLER n'hésita pas à porter le diagnostic d'adhérences péricholécystiennes très serrées. La laparotomie lui démontra le bien fondé de ses prévisions. Une multitude d'adhérences dans la région vésiculaire furent disséquées sans toucher au cholécyste, d'ailleurs vide de tout calcul, comme aussi les autres canaux vecteurs. Cette fois encore la seule suppression des adhérences fit cesser tous les troubles.

FRAENKEL nous conte l'histoire de deux cas du même genre opérés par GERSUNY. Il s'agissait de deux jeunes gens atteints de colique hépatique. Ces crises étaient intermittentes, ne revenaient qu'à de longs intervalles et duraient vingt-trois heures chez l'un, douze à quatorze jours chez l'autre. Avec cela existait une légère tuméfaction de la vésicule, puis des poussées d'ictère. Rien ne parut plus indiqué que d'envoyer l'un de ces prétendus calculeux faire une cure à Carlsbad, rien non plus ne fut plus inefficace. Il fallut en venir à un traitement chirurgical. Le ventre ouvert, on trouva, en place de calculs qui n'avaient jamais existé, des cordes épiploïques et des adhérences membraniformes, et pour obtenir la cure miraculeuse, la destruction de ces cordes et de ces membranes, sans ouvrir la vésicule, se montra parfaitement suffisante. Je pourrais encore citer bien d'autres exemples analogues ; plusieurs d'entre eux sont moins suggestifs parce que l'on ne se borna pas à détruire des adhérences, et comme on pratiqua en outre une opération complémentaire sur la vésicule, il serait possible de

rendre cette intervention associée responsable de tout le bienfait et de ne pas donner à la manœuvre de libération des adhérences sa réelle valeur thérapeutique.

Dans tout ce qui précède, je me suis appliqué à démontrer que les péricholécystites adhésives revêtent parfois le masque de la colique hépatique, au point que le clinicien n'hésite pas à conclure à la présence d'une pierre biliaire. Lorsqu'on ouvre le ventre, on constate que la lithiasse n'a rien à voir avec la crise douloureuse, que celle-ci est uniquement due à un travail d'adhérences péritonéales ; et si l'opérateur est familiarisé avec ces lésions, il limite son intervention à la section de quelques brides et guérit son malade. Je reconnais sans peine que la *pseudo-colique hépatique* est passible d'autres explications que celle qui vient d'être développée, et je prends bien soin d'ajouter que les crises douloureuses, dues à des adhérences, peuvent aussi coexister — ce qui paraît même très fréquent — avec un calcul dans les voies biliaires ; mais si, dans ce dernier cas, le traitement n'est, de ce chef, nullement modifié, il n'en est pas de même s'il s'agit d'une *angiocholécystite non calculeuse*, car ici la manœuvre est absolument spéciale et consiste en une simple libération de la vésicule, sans ouverture de cette dernière.

La conclusion à laquelle je suis amené à la fin de tout ce long chapitre, est absolument celle que je trouve déjà formulée par FRAENKEL (1) à propos de ses deux observations que j'ai relatées plus haut. « L'apparence de » la colique hépatique peut être engendrée par des produits inflammatoires qui ont parfois, il est vrai, le même » rôle dans certaines affections calculeuses de la vésicule, » mais qui souvent aussi constituent la seule étiologie de

(1) Fraenkel. Centralblatt f. chirurgie, n° 35, 1892.

» l'affection douloureuse. VON HAECKER a depuis longtemps
» fait connaître des constatations du même ordre pour la
» chirurgie stomacale. Ces lésions ne sont justiciables que
» d'un traitement chirurgical. »

J'ai tenu à montrer pour l'*angiocholécystite non calculeuse*, combien cette conception est légitime, et pour en revenir au point de départ de cette digression, j'ajouterai : La constatation de *pseudo-coliques hépatiques* chez les malades présentés dans ce travail comme atteints d'*angiocholécystite non calculeuse*, est à elle seule une condition absolument insuffisante pour rejeter ces malades parmi les calculeux. Le syndrome colique hépatique est très fréquent en dehors de la lithiase, et les malades chez qui le chirurgien ne découvrit aucun calcul lors de l'opération, n'étaient que des « *faux calculeux*. »

Division

Il faut fractionner la difficulté en
autant de parcelles qu'il convient
pour la mieux résoudre.

DESCARTES.

Il est des infections de la glande biliaire qui échappent complètement à l'action chirurgicale. Tels sont par exemple certains *ictères infectieux* qui rentrent dans la famille des ictères graves.

Lorsque l'infection, franchissant rapidement les voies principales d'excrétion, se transporte au-delà des frontières les plus reculées de l'arbre biliaire, elle a pour théâtre les régions nobles du foie, c'est la cellule sécrétante elle-même qui souffre.

De bonne heure, l'infection cesse d'être *biliaire*, de suite elle devient *hépatique*. Un certain nombre de ces localisations ultra-radiculaires ou mieux intratrabéculaires ressortissent aux ictères infectieux dont le plus redoutable est l'*ictère grave*, ce dernier anneau de la chaîne continue des ictères, ainsi que l'a si bien dit M. CHAUFFARD dans ses beaux travaux. Ces sortes d'infections ne paraissent guère devoir faire, au moins de sitôt, leur entrée dans le domaine chirurgical. L'intoxication brutale de la cellule du foie constitue une condition tellement défavorable que le plus minime traumatisme opératoire, peut-être même la simple chloroformisation, devient une cause suffisante pour hâter la rupture d'un équilibre vital déjà trop

menacé et pour provoquer le dénouement fatal. Maintes fois cependant l'opérateur s'est trouvé à son insu avec la triste éventualité d'un *foie forcé* par l'intoxication et par l'infection. Ainsi on vit succomber d'une intervention aussi simple qu'une laparotomie exploratrice, certains cholémiques dont la cellule hépatique frappée sans réaction était en véritable état d'asystolie. « C'est un grand tort, » dit quelque part M. QUÉNU (1), d'attendre, en vue » d'un résultat fort problématique, une époque de désorganisation hépatique telle que toute intervention sera » frappée d'avance d'insuccès. » « Le pronostic, écrit M. TERRIER, variera avec l'état d'intégrité ou d'altération de l'organe hépatique. » Il semble donc que si le chirurgien s'intéresse aux ictères graves, c'est pour les redouter ou pour les éviter.

En fait, je n'ai pu relever aucun exemple d'intervention dirigée de propos délibéré contre cette maladie fatale. On ne conçoit pas bien quel serait l'avantage de fistuliser la vésicule pour tenter de dévier à l'extérieur une infection cantonnée dans des retranchements fort éloignés jusqu'où on ne peut faire porter l'action ; et par le drainage qu'elle se proposerait d'assurer, toute *cholécystostomie* demeurerait sans doute sans effet. Ainsi donc, état général des plus précaires et acte opératoire de valeur problématique, tels sont les deux éléments qui nous désarment. La raison, cependant, n'est peut-être pas suffisante pour frapper d'interdiction toute tentative opératoire, et si la question se discute, c'est sur le terrain de la chirurgie d'urgence qu'il faut la porter. Lorsqu'on réfléchit au sort qui attend les ictériques dont nous parlons, lorsqu'on se rend bien compte de l'inefficacité ou de l'impuis-

(1) Quénu, Progrès médical, 1895.

sance de toute médication intérieure en pareil cas, on peut être tenté de faire quelque chose pour ces malheureux voués à une mort presque certaine. C'est l'idée qui vient d'être exprimée récemment à la clinique de CZERNY par MERMANN (1). « Dans l'ictère grave, dit cet auteur, la cholécystostomie peut être indiquée comme opération préliminaire pour obvier aux dangers de la cholémie. » Je ne sache pas que cette conception ait reçu jusqu'ici son application, au moins en ce qui concerne l'ictère grave primitif et sans relation avec la lithiasé. Aussi cette hypothèse ne saurait nous arrêter plus longtemps.

Mais heureusement l'infection ne dépasse pas souvent l'arbre excréteur de la bile; elle s'y localise, ou même après une première phase de diffusion, elle se localise toute entière à telle ou telle région déterminée de ces voies d'excrétion où elle concentre plus spécialement son action; elle détermine l'*angiocholécystite essentielle* ou *protopathique*, affection que j'ai à étudier au triple point de vue chirurgical, des indications thérapeutiques, de la technique qu'elle réclame et des résultats que donne cette technique. Pour ce faire, je puis procéder de deux manières: On peut faire quatre parts distinctes de mes observations. L'une comprendrait tous les faits qui ont été traités par laparotomie exploratrice, l'autre ceux qui furent cholécystostomisés. Dans le troisième, je rangerais ceux qui ont été cholécystectomisés; dans le dernier enfin, j'envisagerais les cas traités par cholécystentérostomie. J'ai dit ailleurs ce qu'une telle classification, bien qu'on la retrouve partout dans la chirurgie des voies biliaires, avait de défectueux. Elle m'obligerait à ranger dans le groupe des *cholécystos-*

(1) Mermann. — Résultat de 43 opérations sur les voies biliaires à la clinique de Heidelberg. *Beitrag z. Klin. chirurg.*, p. 319-385, 1895.

tomies, des maladies aussi dissemblables que des *hépatites infectieuses*, des *cholécystites typhiques* et des *cholécystites tuberculeuses*, etc. C'est pourquoi je préfère donner le pas à une nomenclature anatomo-pathologique en attendant mieux. A défaut d'une classification pathogénique et bactériologique, je m'adresserai aux lésions que déterminent par leur présence ou laissent par leur passage les éléments pathogènes ; et réunissant ainsi des cas aussi semblables que possible, j'aurai à me demander quel traitement chirurgical convient à tel ou tel groupe, étudié chacun isolément.

Les grandes infections biliaires, par leurs localisations, se divisent en deux classes. Les unes, moins fréquentes, portent sur *l'arbre biliaire principal*, elles sont plus spécialement connues déjà sous le nom d'*angiocholites*. Les autres, beaucoup moins rares, se cantonnent, en vertu de certaines conditions toutes particulières de la circulation biliaire, dans les régions où l'humeur biliaire séjourne quelque peu et stagne par moments, circonstance si propice pour le développement des bactéries une fois transplantées dans le lac biliaire.

Ces localisations dans les *voies biliaires accessoires* forment le groupe des *cholécystites*. Leur fréquence s'explique parce qu'elles sont situées en dehors du grand courant qui draine constamment vers le duodénum les microorganismes qui tendent à remonter le cours de la bile. Elles sont plus graves dans leurs lésions, parce que, malgré l'obstacle que leur oppose le torrent biliaire principal, après avoir abordé les zones peu mouvementées du contenu cholécystien, les parasites émigrés sont peu troublés dans leur développement et se mettent à pulluler dans des conditions qui les rapprochent quelque peu des

cultures en vase clos. Donc ce travail comprend deux parties d'inégale importance, *les infections de l'arbre biliaire principal, les infections de l'arbre biliaire accessoire*. Chacune de ces parties demande elle-même un certain nombre de grandes subdivisions. Elles sont au nombre de trois, toutes trois basées sur le siège des lésions, pour la première partie: *Infections radiculaires* (hépatites infectieuses et cirrhoses hypertrophiques); *Infections ramusculaires* (angiocholites); *Infections tronculaires* (cholédocites). Elles sont aussi au nombre de trois pour la seconde partie; basées sur une notion pathogénique, parce qu'ici l'étude est un peu plus avancée; *septicémies biliaires, pyohémies biliaires, abcès froid biliaire*, telles sont les trois classes que j'y crée. Le lien commun qui réunit toutes ces infections, parce qu'il peut y figurer comme élément principal ou associé, est le *bacterium coli commune*, ce grand parasite des voies biliaires.

PREMIÈRE PARTIE

Les Infections de l'Arbre biliaire principal

A. — INFECTIONS RADICULAIRES :

CIRRHOSES HYPERTROPHIQUES,
HÉPATITES INFECTIEUSES.

B. — INFECTIONS RAMUSCULAIRES :

ANGIOCHOLITE.

C. — INFECTIONS TRONCULAIRES :

CHOLÉDOCITE.

A. — INFECTIONS RADICULAIRES

Hépatites infectieuses. — Foie infectieux et Cirrhose hypertrophique de HANOT.

Plus la chirurgie devient entreprenante, plus elle doit calculer toutes les conséquences de son intervention; en d'autres termes, plus elle devient puissante, plus elle doit devenir morale.

OLLIER : Préface du Traité des résections.

DÉFINITION — NATURE

L'opinion gagne chaque jour du terrain parmi les médecins — et parmi ceux-ci il faut signaler les maîtres les plus compétents — qu'à l'origine de certaines cirrhoses du foie, en particulier la cirrhose hypertrophique de HANOT, on trouve un élément pathogène, une infection. Cette sclérose infectieuse ne serait qu'un mode de réaction du tissu hépatique vis-à-vis d'infiniment petits dont l'action, beaucoup plus irritante que pyogène, se concentrerait toute entière sur les seules origines de l'arbre biliaire, sur ses racines les plus ténues.

A un double point de vue, cette grande conception mérite de m'arrêter. S'il est bien démontré que les bactéries jouent un rôle quelconque dans le processus de la sclérose hépatique, rôle principal, c'est-à-dire pathogène, ou rôle secondaire, c'est-à-dire surajouté, il est permis d'une part de relier directement ou indirectement la cirrhose hypertrophique aux angio-

cholites, ainsi que je l'ai fait ici — il convient d'autre part de rechercher si la chirurgie a droit de faire son entrée dans ce champ nouveau en même temps que l'élément infectieux contre lequel elle peut disposer de quelques armes.

Avec la réserve commandée lorsqu'on touche une aussi grave question, l'heure est venue, je crois, de reconnaître que les microorganismes jouent un rôle à peu près certain dans l'affection dont il s'agit. De quelques résultats positifs obtenus par E. DUPRÉ, de GASTOU, etc., on peut en rapprocher d'autres très importants qu'on lira dans les deux observations suivantes : Dans la bile du premier malade atteint de congestion et d'hypertrophie du foie avec ictère et qui fut opéré par M. TERRIER, M. GILBERT trouva du staphylococcus albus. Chez le deuxième opéré de M. TERRIER (cirrhose hypertrophique), M. GILBERT constata : 1^o que le sang du foie et de la rate ne contenait pas de microbes ; 2^o que la bile ne renfermait qu'une seule espèce microbienne qui n'était pas le bacille d'ESCHERISCH et qui même en différait par de nombreux caractères. Ensemencé sur la gélatine en stries, il donna lieu à des cultures qui ne s'étaient pas seulement en surface, mais pénétraient dans la profondeur du milieu nutritif. En somme ce bacille reste encore à déterminer. Ces deux constatations, ont sur les premières la supériorité d'avoir été relevées sur le vivant, c'est-à-dire que l'infection agonique ou cadavérique — cette cause d'erreur dont on oublie trop souvent l'importance — ne peut être mise en cause. A défaut de recherches microbiennes, il faut encore rappeler que du *pus véritable* a été trouvé dans le foie de sujets atteints de cirrhose hypertrophique par SABOURIN ; que dans un cas récent de LE DENTU (cirrhose hypertrophique), on retira de la vésicule et pendant l'opération même, un liquide louche qui parut purulent.

D'une manière générale, il est probable que la présence de bactéries n'est pas spéciale à la cirrhose de HANOT et qu'on la peut rencontrer dans toutes scléroses glandulaires de l'économie, dans toutes les cirrhoses épithéliales, pour

parler le langage de M. QUÉNU. Dans les mammites chroniques, M. DELBET (1) et moi avons signalé les premiers, au centre de petits kystes, l'existence de staphylocoques blancs ; constatation confirmée aussi par M. CORNIL, puis M. SURMONT, qui ont trouvé ce même parasite. Enfin, plus récemment, j'ai obtenu, non sans quelque surprise, un streptocoque atténué en recueillant, sur le conseil de M. QUÉNU, pendant une laparotomie, de la sérosité parfaitement limpide qui s'écoulait librement dans le petit bassin d'une femme atteinte de cirrhose ovarienne à forme dite : ovaire scléro-kystique. Ce résultat me parut d'autant plus étrange que j'ai pu, par moi-même, me rendre compte, comme bien d'autres, de la stérilité fréquente des collections suppurées des trompes par des recherches faites en 1893 et 1894, parallèlement à celles d'autres auteurs.

L'existence, soit de microorganismes, soit d'abcès, étant démontrée dans quelques cas de cirrhose hypertrophique, les hypothèses en présence se résument, il me semble, à deux, toutes deux cherchant à expliquer cette action microbienne. Quelques auteurs accepteraient volontiers un rôle vraiment *pathogène*. Les bactéries suffiraient à elles seules pour engendrer la sclérose infectieuse. La question fut franchement posée, en 1892, par M. HANOT (2) : « S'agit-il d'une infection d'origine intestinale ou d'origine biliaire ? Peut-être est-ce dans cette voie encore inexplorée qu'il faut chercher la solution du problème. » M. DUPRÉ (3) va plus loin : « Il est certain, dit-il, que l'ensemble clinique de la cirrhose hypertrophique biliaire commune ne contredit pas l'hypothèse d'une infection biliaire subaiguë d'abord ou d'emblée chronique, persistante et sujette, dans son évolution, à des recrudescences temporaires marquées par de légères poussées fébriles, de l'augmentation du volume du foie

(1) Delbet, Longuet. — Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet, t. I, tumeurs.

(2) Hanot. — De la cirrhose hypertrophique. Bibliothèque Charcot-Debove.

(3) E. Dupré. — Les infections biliaires. Thèse de Paris, 1891, p. 53.

et de la rate, l'exagération de l'ictère. A la longue, le travail irritatif, dont le réseau biliaire est le siège, engendre de l'angiocholite et de la périangiocholite chroniques, dont l'infiltration embryonnaire péricanaliculaire traduit, sur des coupes, la nature et le siège aux premiers stades de la lésion... L'infection peut déterminer cette localisation anatomique si elle se cantonne dans les radicules biliaires et si, par sa présence, elle provoque une irritation chronique de la glande sécrétante. La cirrhose hypertrophique constituerait, si son étiologie infectieuse était démontrée possible, une variété de sclérose septique viscérale, conséquence organique, d'ailleurs logique, de l'infection biliaire chronique sur un foie prédisposé. »

Enfin, plus récemment, un élève de M. HANOT s'exprimait ainsi : « Le foie infectieux, dit GASTOU (1) s'associant aux cirrhoses qu'il complique ou qu'il appelle à sa plus haute expression dans la maladie de HANOT, dans la cirrhose hypertrophique biliaire avec ictère chronique. »

En somme, quelque séduisante qu'elle soit, l'hypothèse reste encore à vérifier parce que les documents positifs sont en trop petit nombre ; parce qu'enfin, pour que la démonstration fût achevée, il faudrait parvenir à reproduire expérimentalement l'affection avec les éléments supposés pathogènes.

Or, cette tentative qui paraît avoir réussi tout récemment pour une cirrhose glandulaire d'une autre région, la cirrhose mammaire, entre les mains de SURMONT (2), à l'aide du simple *staphylococcus albus*, reste, pour la cirrhose hépatique et en l'état actuel de la science, absolument lettre morte.

Mais à côté de cette conception : cirrhose hypertrophique, *fonction de microorganismes*, il reste encore l'hypothèse de cirrhose hypertrophique s'accompagnant d'*infections secondaires*. Celle-là au moins n'est presque plus niable. « Bien des raisons plausibles, dit CHAUFFARD, plaident pour la cause de l'infection.

(1) GASTOU. Le foie infectieux. Thèse de Paris, 1893, p. 8 et 137.

(2) SURMONT. Société de biologie, 1895.

(3) CHAUFFARD. Traité de médecine de CHARCOT-BOUCHARD, t. III, p. 878.

A coup sûr, celle-ci intervient à un moment donné sous forme d'infection biliaire ascendante et même parfois d'infection pyogène, tels les abcès biliaires décrits par SABOURIN et dont les travaux récents ne permettent pas de révoquer en doute l'origine intestinale.

La cirrhose hypertrophique biliaire est alors, suivant l'expression de E. DUPRÉ, à la période séptique. Tel est probablement, dans bien des cas, le mécanisme des accidents terminaux d'ictère grave par infection secondaire des voies biliaires. Aux recherches bactériologiques de venir confirmer ou démontrer cette présomption.

Que faire contre ces infections pyogènes, contre ces abcès biliaires que M. CHAUFFARD met si bien en lumière. Faut-il, lorsqu'ils existent, les laisser sommeiller au sein du parenchyme hépatique, ou ne convient-il pas de leur appliquer les grandes lois qui concernent tous les abcès de toutes les régions : l'évacuation chirurgicale. Quelle que soit donc la conception vers laquelle on se trouve porté, cirrhose de HANOT, fonctions de microbes ou microbes compliquant la cirrhose, il paraît légitime, après ce qui précède, de relier cette affection aux infections biliaires. Il est aussi permis d'entrevoir que par un certain côté, le côté infectieux, la cirrhose hypertrophique peut avoir affaire à la chirurgie. L'intérêt de cette longue digression en sera l'excuse.

HISTOIRE

Le 29 mai 1889, M. SEGOND pratiquait, de propos délibéré, une laparotomie exploratrice pour une ancienne hépatite tropicale avec subictère et douleurs au niveau de la région vésiculaire. Le ventre ouvert, on ne trouva pour toute lésion qu'un état congestif assez accentué du foie au niveau de la zone douloureuse. L'abdomen fut refermé sans intervention complémentaire. Guérison complète, résultat merveilleux, inexplicable

même, car il est impossible de définir le mécanisme de cette guérison, et l'auteur ajoute : « Je tiens à faire observer qu'il ne s'agit pas là d'une guérison par suggestion opératoire. Le malade n'avait pas seulement de l'obsession hépatique, l'état congestif indiscutable du foie, au niveau de la zone douloureuse, en témoigne. »

Le 5 juillet 1890, le professeur TERRIER, assisté de M. QUÉNU, intervenait pour une hypertrophie du foie avec ictère. L'opération consista en une laparotomie exploratrice, terminée par la création d'une fistule cutanée, celle-ci exécutée suivant quelques règles particulières. Le succès dépassa toute espérance. Le quatorzième jour, l'ictère disparaissait, puis les accès fébriles très marqués jusque-là cessèrent. Bien que le foie restât volumineux, le malade guérit parfaitement, et de son opération et de son affection hépatique.

Les deux dates qui précèdent offrent un intérêt tout spécial sur lequel M. SEGOND a sans doute voulu insister tout particulièrement lorsqu'il écrit : « Qu'il me soit enfin permis de faire observer ici que les deux opérations faites, la première par moi le 29 mai 1889 et la seconde par M. TERRIER le 5 juillet 1890, sont en France les deux premiers exemples d'une laparotomie exploratrice pratiquée de propos délibéré dans le seul but d'examiner le foie et de déterminer si possible la nature de ses lésions. » Mais de ce rapprochement naissent aussi quelques points de dissemblance. Tout d'abord, ce n'est pas de la même affection qu'il s'agit dans ces deux cas. Hépatite tropicale dans l'un, congestion et hypertrophie avec ictère et fièvre dans l'autre, voici vraisemblablement deux maladies de nature différente pour lesquelles un même traitement chirurgical pourrait donner des résultats tout autres. D'ailleurs ce traitement ne fut pas le même. L'opération de M. SEGOND ou laparotomie conserve un caractère purement *explorateur*, celle de M. TERRIER ou laparocholécystostomie diffère absolument; elle se propose de soustraire à l'organisme une certaine quantité de substances toxiques qu'elle dérive au dehors, c'est-à-dire que son but est

thérapeutique. Enfin, s'il faut accorder une certaine importance à la date de l'opération, il est juste aussi de ne pas laisser de côté la date de la communication. Or, M. TERRIER est sans contester le premier qui attira notre attention sur ces faits nouveaux par une communication faite à l'Académie de médecine à la séance du 4 novembre 1890. Plus tard seulement M. SEGOND (1) nous donna la relation de son intervention; pour la première fois, nous trouvons cette déclaration dans le volume VII du *Traité de chirurgie* de DUPLAY et RECLUS à l'article lithiasse biliaire, volume qui porte comme millésime l'année 1892.

Avec un succès non moins retentissant, avec un résultat plus étrange encore, M. ROUTIER pratiquait, trois mois plus tard, une opération du même genre que celle de M. SEGOND, dont tout le monde a lu le compte-rendu. Il s'agissait d'un ictère chronique avec décoloration des selles. L'état de la malade baissant rapidement, ce chirurgien conseilla la laparotomie exploratrice. Celle-ci ne permit point de déceler de trace de calcul malgré l'exploration soigneuse des canaux cystique, hépatique, du cholédoque et du duodénum.

A la suite de cette recherche infructueuse, le ventre fut refermé tel quel. Le jour même, les vomissements cessèrent, les jours suivants l'ictère pâlit. Quelques semaines plus tard la malade était parfaitement guérie. Quel est le secret de cette cure mystérieuse. Voilà ce que l'opérateur lui-même ne peut nous apprendre. Il ne trouve qu'une hypothèse probable, celle de l'effet salutaire du *massage* des canaux biliaires effectué au cours de l'opération pendant le temps qui fut consacré à l'exploration des voies de la bile. Et ces faits heureux ne sont pas isolés.

En février 1891, M. QUÉNU (cas n° 1), obtenait le même résultat. Une femme atteinte de douleurs extrêmement vives, d'ascite, mais sans ictère, portait une énorme tumeur qui occupait les deux hypocondres et surtout la région épigastrique,

(1) Segond. *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus. t. VII, p. 347.

descendant jusqu'au-dessous de l'ombilic. Rénitente, arrondie, faisant corps avec le foie, cette tumeur paraissait être soit un kyste hydatique, soit un lobe hépatique gauche extraordinairement hypertrophié. On ouvrit le ventre et on évacua l'ascite ; en fait de kyste, il y avait seulement un lobe gauche *cirrhotique*, congestionné et granuleux, recouvert d'adhérences épiploïques. Celles-ci furent sectionnées entre ligatures et les voies biliaires étant reconnues parfaitement indemnes, le ventre fut refermé. Le soir même, cessation des douleurs ; plus tard, suppression de toute espèce de troubles, plus d'ascite, le foie recouvre ses dimensions normales, la guérison est complète et la malade peut reprendre son métier de femme de chambre, qu'elle avait dû abandonner depuis un an. Ici se clot, par malheur, la trop courte liste des brillants succès, et par la suite, il fallut revenir un peu des premières espérances.

A la fin de l'année 1891, M. TERRIER opérait de nouveau un malade atteint d'hépatomégalie.

Le diagnostic fut ici celui de *cirrhose hypertrophique* avec hypertrophie de la rate et ictère chronique. La fistule cystocutanée fut établie comme la première fois, avec le grand soin de faire une ouverture du cholécyste aussi petite que possible, ce qui n'empêcha pas la minuscule incision vésiculaire de saigner beaucoup. Les suites immédiates furent bonnes, le malade guérit et de son opération et de sa fistule, qui finit par se refermer spontanément, mais il n'y eut aucune amélioration ni dans l'ictère, ni dans l'état local.

Deux mois plus tard, M. LE DENTU perdait une de ses malades atteinte d'ictère chronique, d'hypertrophie du foie et dont le diagnostic *cirrhose* fut porté par M. CORNIL par l'examen des pièces présentées à la Société anatomique. Ici l'intervention fut plus complexe en ce sens qu'on fit une séparation partielle de la vésicule et du foie, dissection qui saigna quelque peu, puis après cette dissection, on pratiqua une cholécystostomie. La malade succomba, en moins de 24 heures, des suites d'une hémorrhagie.

En novembre 1892, M. QUÉNU (cas n° 2) laparatomise un enfant de 4 ans atteint d'ictère, de douleurs, de décoloration des selles, d'hypertrophie du foie et de la rate, enfant chez lequel la médication interne s'était montrée complètement inefficace. L'intervention ne fut suivie d'aucune espèce d'amélioration, la maladie continue son cours.

Plus de deux ans se passent sans fait nouveau.

En janvier 1895, M. QUÉNU laparotomise un autre malade atteint d'ictère chronique. A l'ouverture du corps, on reconnut que le foie était cirrhotique.

L'exploration étant restée négative, à part ce fait qu'on découvrit de volumineux ganglions autour du cholédoque, le ventre fut refermé sans aller plus loin. Ce patient continua à souffrir de ses troubles dyspeptiques et de ses douleurs, garda son ictère et ne retira, lui non plus, aucune amélioration de l'acte opératoire.

INDICATIONS

Il est évident que les faits qui précèdent n'appartiennent pas tous à une seule et même maladie. L'étiquette diagnostique est souvent vague et incertaine; il ne peut y avoir qu'avantage à envisager successivement trois ordres de faits dont les limites paraissent assez distinctes. Parmi les *hépatomégalies* relatées plus haut, il y a des *cirrhoses hypertrophiques* avec ictère qui répondent au type bien défini de la maladie de HANOT; il y a d'autres *cirrhoses hypertrophiques sans ictère* qui, par ce fait même, doivent être séparées des précédentes; enfin, il y a des *congestions du foie avec hypertrophie* qui ne sont pas des cirrhoses. Pour chacun de ces groupes morbides, l'indication peut se poser sous un jour un peu différent.

I. *Cirrhose hypertrophique avec ictère ou cirrhose de Hanot.* —
— Si l'on parvient à dépister ou seulement à soupçonner une

suppuration biliaire chez un malade atteint de cette maladie, il est certain que cette collection doit être confiée à la chirurgie. Il ne s'agit, en somme, que d'une angiocholite suppurée vulgaire, et celle-ci demande à être traitée comme il sera dit dans le chapitre qui concerne les angiocholites ramusculaires. Pour ce point particulier, l'indication est donc assez simple à poser, mais il faut dire aussi que rien n'est plus difficile que de dépister, au lit du malade, l'existence même de ces abcès biliaires.

La discussion commence lorsqu'il s'agit d'une cirrhose dans laquelle les complications infectieuses, fièvre, etc., sont au second plan, c'est-à-dire dans les cas communs. Pour ceux-là est-il indiqué d'intervenir chirurgicalement? Je ne suis évidemment pas en mesure de trancher cette importante et délicate question avec les trois faits dont on a lu plus haut le résumé succinct.

Mais ces faits, si minimes qu'ils soient dans leur nombre, ne manquent pas de laisser une certaine impression, c'est cette impression qu'il me faut traduire. Qu'il me soit permis de rappeler tout d'abord quel est l'avenir des malades qui nous occupent. Sur ce point l'accord est unanime : Dans toutes les observations, dit HANOT, « la maladie s'est toujours terminée par la mort. » On sait d'autre part de quelles ressources dispose la thérapeutique médicale. Le traitement, écrit-on encore à l'heure actuelle, consiste en révulsifs, en cautères à la pâte de Vienne, en purgatifs salins et drastiques, en iodure de potassium et lait. Et si nous demandons maintenant les résultats de cette thérapeutique peu consolante, on nous dit de toutes parts que cette médication est, de l'aveu même de médecins, absolument désespérante, au point que les plus éclairés n'ont pas hésité à confier leurs malades aux chirurgiens.

La thérapeutique, a dit CHAUFFARD, ne permet pas d'espérer la guérison ; aucun fait ne démontre jusqu'à présent la possibilité d'une terminaison heureuse. Ainsi donc, pronostic invariablement fatal si l'on abandonne les choses à elles-mêmes,

inefficacité manifeste et reconnue de tout traitement interne, telle est la triste réalité ; et l'on conçoit qu'en présence de situations aussi graves, les esprits chercheurs n'aient pas hésité à se diriger vers une toute autre direction. C'est ainsi que le traitement sanglant fit ici une apparition inattendue, bien qu'il soit tout d'abord difficile de se bien rendre compte de son mode d'action.

La condition capitale qui permet un traitement sanglant dans un terrain aussi inconnu est la parfaite innocuité. Or, cette innocuité est chose démontrée, dès le principe, elle a été affirmée. « Il est en effet certain, dit M. TERRIER (1), que l'exploration du foie après incision sur la ligne médiane est une chose possible, presque facile et d'une innocuité indiscutable dès qu'on utilise soit la méthode antiseptique, soit même la méthode mixte à la fois aseptique et antiseptique. » « Pour ma part, ajoute M. SEGOND, je suis tellement convaincu de l'innocuité d'une laparotomie prudemment conduite que, dès 1889, j'en ai accepté les indications sur un malade qui m'avait été adressé par mon collègue DOLÉRIS, et qui n'avait d'autre symptôme, au moment de notre examen, qu'une douleur très vive et nettement localisée au bord du foie, dans la région de la vésicule. Ce fait montre bien l'innocuité et la valeur de la laparotomie exploratrice dans les cas de cet ordre. » Depuis lors, cette bénignité n'a fait que se confirmer, sauf dans un cas où l'accident mortel paraît résulter d'une faute de technique facile à éviter, ce qui — on est en droit de l'espérer — ne se renouvellera plus.

L'intervention est sans gravité, et par suite elle est permise ; ce résultat n'est certes pas suffisant. Nous plaçant maintenant au point de vue thérapeutique, devons-nous attendre quelque succès de la cure sanglante. C'est ce que nous ne sommes pas encore en mesure de dire. Trois malades atteints de cirrhose hypertrophique ont été opérés ; l'un est mort éventuellement, les

(1) Terrier. Bull. de l'Académie de médecine, 1891, p. 591.

deux autres (TERRIER, cas n° 2, QUÉNU, cas n° 3) n'ont retiré de l'intervention aucun dommage, mais non plus aucun bénéfice. Ces deux faits sont insuffisants pour nous autoriser en quoi que ce soit à conclure pour ou contre le traitement chirurgical. Seul l'avenir décidera.

II. — Voyons maintenant les *cirrhoses hypertrophiques sans ictère*. La seule intervention pour un cas de ce genre appartient à QUÉNU (cas n° 1). La malade avait des douleurs atroces et de l'ascite; elle avait été confiée à la chirurgie parce que toute médication s'était montrée sans résultat. Fallait-il la laisser dans cet état? M. QUÉNU intervint chirurgicalement, il découvrit des adhérences périhépatiques qui furent supprimées. Le soir même, comme on le sait, les douleurs cessaient, et par la suite, la guérison ne tardait pas à s'annoncer absolument parfaite. Donc, puisque les risques sont nuls, pourquoi ne suivrait-on pas la conduite de M. QUÉNU dans des cas de ce genre, lorsqu'on ne peut plus rien espérer du traitement interne?

III. — Restent maintenant les autres *hypertrophies du foie avec ictère*. Ici la thérapeutique chirurgicale s'annonce comme devant donner de brillants résultats : trois malades, ceux de M. SEGOND, de M. TERRIER (cas n° 11), de M. ROUTIER, ont, contre toute attente, parfaitement et définitivement guéri, succès d'autant plus éclatant, que ces patients avaient eux aussi épuisé toutes les ressources médicales. Sans doute, on peut objecter que ces hépatites ne sont pas toutes de même nature, qu'elles sont d'un pronostic différent et que peut-être elles sont susceptibles de guérir autrement que par un acte opératoire. Il n'en est pas moins vrai que tous ces malades étaient considérés comme perdus et qu'à l'heure actuelle, non-seulement ils vivent, mais sont parfaitement guéris de leur ictère, de leurs troubles dyspeptiques, etc. Puisque trois malades sur quatre ont pu guérir par cette méthode nouvelle, puisqu'ils n'ont rien à redouter de l'intervention, il est tout à fait rationnel, dès que l'efficacité du traitement interne est constatée, que ces malades

atteints de congestion et d'hypertrophie du foie viennent réclamer l'office du chirurgien, et l'on ne peut se défendre d'entrevoir dans le traitement sanglant quelques chances de salut; il est presque certain qu'il y a quelque chose à espérer et à attendre du traitement chirurgical, surtout dans les cas de congestion et d'hypertrophie du foie. Toutefois, avant de prononcer une formule définitive, il faut attendre des faits en plus grand nombre, et d'ici peu, je l'espère, nous serons fixés sur ce sujet. Pour ces cas on est *autorisé*, disait M. TERRIER à la suite de sa première communication, à pratiquer une laparotomie exploratrice et une fistule biliaire. Aujourd'hui, les faits se trouvent élevés à huit, dont quatre bons résultats; aussi je serais tenté d'aller un peu plus loin : ces succès, non seulement autorisent, mais *invitent* à pratiquer l'exploration sanglante. En terminant, j'ajouterai qu'avant d'en arriver à cette thérapeutique, il convient d'observer, de suivre, de traiter le malade médicalement. Il appartient au médecin de discerner parmi ces *hépatomégalias* avec douleur et ictère chronique, quelles sont celles qui offrent telle ou telle évolution, qui comportent tel ou tel pronostic et qui sont susceptibles ou non de céder à la seule médication interne. C'est là tout ce que je puis dire.

TECHNIQUE

Il est impossible, dans un chapitre aussi neuf et avec les huit faits précités, d'établir les moindres règles opératoires. Toute tentative de ce genre serait inutile et sans intérêt. J'estime que la conduite doit varier selon les circonstances opératoires dont le chirurgien devra s'inspirer bien plus que de règles fixées à l'avance. C'est d'ailleurs ce qui a été fait; les uns ont cru bon de se borner à la simple ouverture exploratrice suivie d'un examen des voies biliaires, d'autres ont eu à détruire des adhérences, d'autres enfin ont cru indiqué de fistuliser la vésicule.

La *laparotomie exploratrice* faite dans un but d'exploration a généralement été suivie d'un *examen des voies biliaires*. Elle a été faite sur la ligne *médiane* par ROUTIER et QUÉNU (3 cas), et dans ces cas, ainsi que dans celui de M. SEGOND, l'opération resta simplement *exploratrice*. M. SEGOND, découvrant simplement un état congestif assez accentué de la zone hépatique douloureuse, referma le ventre sans intervention complémentaire. M. ROUTIER fit de même, ne voyant aucune indication à fistuliser la vésicule. Quant à l'exploration des voies biliaires, elle consista dans ce dernier cas en une sorte de massage de la vésicule. M. QUÉNU (cas n° 3) découvrit de chaque côté du cholédoque deux ganglions volumineux mais mobiles et incapables de comprimer le conduit. Une autre fois M. QUÉNU (cas n° 1) eut à détruire des adhérences. Pour peu qu'on soupçonne par avance la nécessité d'établir une fistule cysto-cutanée, l'ouverture latérale du ventre sera préférée parce que si elle rend un peu moins facile l'exploration des voies biliaires principales, elle permet de faire dans de meilleures conditions la cholécystostomie.

A ces manœuvres exploratrices, M. TERRIER dans deux cas, puis M. LE DENTU, associèrent une *cholécystostomie*; celle-ci fut d'une exécution facile parce que la vésicule avait ses dimensions et sa consistance normales, parce que d'autre part l'ouverture du ventre avait été latérale. La cholécystotomie qui convient ici est « une *cholécystostomie* à fixation dernière. » On prendra soin de faire à la vésicule une *ouverture aussi petite que possible*, ainsi que l'a recommandé M. TERRIER. M'étant appliqué à relever l'état de la vésicule dans toutes les observations de cirrhose hypertrophique qui me sont passées sous les yeux, je crois pouvoir dire que l'établissement de cette fistule s'annonce comme devant être le plus souvent possible; le cholécyste ayant toujours conservé ses dimensions normales sera « utilisable » et l'étoffe suffisante. Mais j'ai lu un certain nombre de cas dans lesquels le fond du réservoir biliaire se trouvait notablement éloigné de la paroi par suite de l'énorme hypertrophie

de la glande hépatique qui s'interposait entre la paroi et la vésicule. De cette donnée résultera pour la suture cysto-abdominale une condition très défavorable, parfois même il y aura impossibilité ou danger de procéder à cette manœuvre sous peine de déterminer des tractions qui peuvent être néfastes. S'il est démontré d'ici un avenir prochain qu'il y a réel avantage à faire la *cholécystostomie* dans les *hépatomégalias* qui nous occupent, on se trouvera donc parfois dans les conditions déjà si fréquemment rencontrées en lithiase d'une vésicule non susceptible d'être amenée à la paroi.

Or les moyens dont on dispose en cette éventualité sont bien connus. Dans le procédé de RIEDEL, le péritoine pariétal est décollé, puis amené au-devant de la vésicule à laquelle on le fixe. M. TERRIER ferme de toutes parts le péritoine, établit une cavité qui prolonge celle de la vésicule et place un drain au centre de celle-ci. MURPHY se sert d'un canal bouton qui évacue au dehors le contenu vésiculaire.

L'opération de SEGOND, ROUTIER et QUÉNU, la *laparotomie exploratrice avec examen des voies biliaires*, ne présente aucune difficulté, aucune gravité, son principal avantage est d'avoir procuré dans trois cas une guérison parfaite sans qu'il soit possible d'ailleurs de donner la véritable explication de ce succès. L'opération de TERRIER, *laparo-cholécystostomie*, donne lieu à plus de considération. Comme la précédente, son réel avantage c'est d'avoir guéri un malade. Ici, on peut tenter de rendre compte de cette bienfaisante action. Selon son auteur, elle remédie probablement aux *accidents spasmodiques*. « Faut-il faire intervenir la cessation d'un état spasmodique ? » Nous le croyons, dit M. TERRIER, étant donnés les phénomènes ictériques légers que nous avons observés après l'ablation de la vésicule, alors que les voies biliaires étaient cependant tout à fait libres. »

Après M. TERRIER, BÖCKEL, THIRIAR admettent le rétrécissement spasmodique possible des voies biliaires. Cette explication n'est pas la seule qu'on puisse donner, et puisque

M. TERRIER déclare le champ ouvert aux hypothèses, en voici d'autres. Si le malade est un cirrhotique infecté, la cholécystostomie assure le *drainage* de l'humeur infectée, elle fait disparaître l'angiocholite et permet aux voies biliaires dont la muqueuse est turgescente et gonflée, de reprendre leur calibre, aux bouchons muqueux de se désagréger ou de gagner le duodénum. M. TERRIER dit : « Très probablement » les accidents d'angiocholite se sont peu à peu calmés, et » l'écoulement facile de la bile au dehors a dû jouer un grand » rôle dans ce résultat heureux. » M. CHAUFFARD souscrit à cette explication.

Quant à l'influence de cette opération sur l'ictère, il est possible de l'entrevoir, quelle que soit l'hypothèse à laquelle on rattache la pathogénie de ce dernier. En effet, pour les uns, il s'agit d'un ictère par rétention, résultant d'un obstacle dont le siège réside à l'extrémité même des canalicules excréteurs. Dans cette première supposition, une fistule bilio-cutanée produit, en modifiant les conditions de ce qu'on pourrait appeler l'*hydraulique biliaire*, un résultat très favorable. Par l'hypotonie qu'elle amène dans tout ce système, elle met la glande hépatique au repos. Admet-on, au contraire avec SCHALSCHMANN, que l'ictère rentre dans la catégorie des ictères par résorption, qu'il résulte d'une exagération dans la fonction de la cellule hépatique et que l'intestin résorbe le produit de cette hypersécrétion. Alors la cholécystostomie ne peut avoir sur ce « *diabète biliaire* » qu'une influence des plus heureuses, en dérivant vers l'extérieur une certaine quantité de produits toxiques pour l'économie qui échappent ainsi à l'absorption intestinale. Ce ne sont là, je me plais à le reconnaître, que de simples hypothèses qu'on prendra pour ce qu'elles valent, mais que dès maintenant il est permis de grouper.

Les inconvénients de la cholécystostomie sont ici ce qu'ils sont dans toute cholécystostomie. Celui de conserver une *fistule* donnant chaque jour issue à une certaine quantité de bile et réclamant souvent une deuxième intervention lorsque cette

soupape cesse d'avoir sa raison d'être. La modification de technique, apportée tout récemment à la cholécystostomie par M. DELAGENIÈRE (1), ne paraît pas réaliser sur la fistulisation telle que l'établit M. TERRIER, un progrès considérable. L'opération nouvelle de M. Delagenière consiste à aboucher la vésicule biliaire à l'aponévrose antérieure du muscle droit de l'abdomen, à travers une boutonnière pratiquée dans l'épaisseur du muscle.

Cette boutonnière est pratiquée verticalement à 5 ou 6 millimètres du bord libre du muscle droit, et par elle on fait passer la vésicule qui est ensuite maintenue en place par une suture qui unit toute l'épaisseur de ses parois à l'aponévrose antérieure du muscle. Enfin, un drain est placé dans la vésicule et la peau est suturée. En somme, la particularité de ce procédé consiste tout simplement à « sphinctériser » la fistule cystique, et cet anneau contractile est destiné à amener la fermeture de la fistule, dès que le drain est supprimé. Il ne faut voir dans cette tentative qu'une application du principe maintenant généralisé en chirurgie, des « sphinctérialisations » dont la réalisation a été loin de répondre aux premières espérances. L'auteur s'est évidemment inspiré d'une idée originale qui, en réalité, appartient à VON HACKER. Ce dernier, comme on le sait, s'est proposé de remédier aux inconvénients des fistules gastriques. Afin de mettre obstacle à l'issue du contenu gastrique, l'assistant de BILLROTH a imaginé d'ouvrir le ventre en passant à travers le muscle droit, parallèlement à ses fibres. Or, je doute que le muscle droit du côté droit, auquel s'adresse M. DELAGENIÈRE pour sa cholécystostomie, donne de meilleurs résultats que le muscle droit du côté gauche employé dans les gastrostomies, résultats dont les avantages restent encore problématiques. Bien que M. DELAGENIÈRE ait fait bénéficier trois de ses malades de son nouveau procédé, il est à craindre que la bile ne continue à s'écouler dans les pansements d'une

(1) Delagenière. — Cholécystostomie intrapariétale et transmusculaire ou cholécystostomie temporaire. Communication au Congrès français de chirurgie ; session de Paris, 23 octobre 1895.

manière continue. Quant à l'avenir de ses malades, il n'est sans doute nullement amélioré, c'est-à-dire que les fistules destinées à se fermer spontanément se tariront d'elles-mêmes et alors le procédé nouveau n'aura aucun avantage — ou les fistules destinées à persister réclameront, tout comme par le passé, une nouvelle opération, qu'elles aient été ou non sphinctérisées.

Si donc l'opérateur jugeait utile de provoquer la dérivation de la bile et redoutant les ennuis de cet écoulement de bile, se résignait à établir la fistule dans l'intestin, ce qui paraît possible, puisque la vésicule est utilisable, il aurait peut-être avantage dans ce cas à choisir le côlon transverse dont la muqueuse est inférieure à celle de l'intestin grêle au point de vue de la capacité absorbante et qui drainerait plus promptement l'humeur biliaire vers l'anus. Cette fistule *cystico-colique* aurait ici sur la fistule cystico-cutanée l'infériorité d'ouvrir les voies biliaires en un milieu septique, le milieu intestinal.

RÉSULTATS IMMÉDIATS

Les suites *immédiates* des interventions pour cirrhoses hypertrophiques et congestions hépatiques ont toujours été marquées par la plus parfaite bénignité. L'opération pourrait être déclarée absolument sans gravité sans le gros point noir qu'on trouve dans le cas de LE DENTU. La malade mourut d'hémorrhagie et le compte-rendu rapporte : « Cette observation est intéressante en raison du suintement sanguin qui a suivi l'opération et qui était un des plus grands reproches adressés par LAWSON TAIT aux opérations sur les voies biliaires. » Quelle que soit notre foi en l'hémophilie des hépatiques de VERNEUIL et en la disposition hémorrhagique signalée par LAWSON TAIT, ou peut être tenté d'accuser la technique suivie dans ce cas, beaucoup plus que de rendre la malade (qui, avant l'opération, n'avait jamais eu d'hémorrhagies, cutanées, ni muqueuses) responsable de sa mort par quelque diathèse mystique. En effet, avant l'établissement d'une simple cholécystostomie, il fut procédé à une manœuvre de décol-

lement par tractions de la vésicule et du foie. La surface hépatique ainsi dénudée donna pendant l'opération un écoulement insignifiant, mais ce suintement, considéré comme sans gravité, n'en persista pas moins pendant vingt-quatre heures au bout desquelles la malade succomba. L'autopsie permit de constater que l'hémorragie s'était bien produite à l'endroit supposé. Il est donc bien probable que ce désastre n'aurait pas eu lieu si cette dénudation avait été traitée soit par le thermocautère, soit mieux par la fermeture séro-séreuse des bords de la fossette cystique, ainsi que le font avec tant de soin ceux qui ont l'habitude de pratiquer cette dénudation dans la cholécystectomie.

Il serait donc absolument injustifié de se baser sur cette erreur de technique pour condamner toute intervention.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS ET DÉFINITIFS

Si l'on met à part l'insuccès qui vient d'être relaté, on peut dire d'une manière générale que les résultats éloignés sont plutôt très favorables. Sept malades ont été opérés, deux étaient atteints de cirrhose hypertrophique avec ictère (TERRIER, cas n° 2, QUÉNU, cas n° 3), ni l'un ni l'autre ne furent améliorés par le traitement chirurgical.

Une autre malade avait de la cirrhose hypertrophique, mais sans ictère (QUÉNU, cas n° 1), la guérison fut parfaite.

Enfin, quatre autres avaient surtout de la congestion avec hypertrophie du foie. Une seule fois, le résultat fut nul — trois fois la guérison fut radicale et inespérée. — Ces trois résultats remarquables sont ceux de SEGOND (guérison complète), de TERRIER (cas n° 1), dans lequel l'ictère disparut le quatrième jour, les accès fébriles cessèrent, et dont la guérison, à part une éventration légère et la persistance d'un gros foie, fut parfaite; enfin celui de ROUTIER, où on observe une suppression immédiate des vomissements et une disparition progressive de la jaunisse. C'est sur ces données consolantes que je termine l'étude chirurgicale des infections biliaires radiculaires.

A. — INFECTIONS RADICULAIRES DES VOIES BILIAIRES (non calculeuses)

Cirrhose hypertrophique. — Conjection et hypertrophie du foie. — Hépatites infectieuses

Número d'ordre	INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE	OPÉRATEUR et date de l'opération	SEXE	NATURE de la MALADIE Diagnostic clinique	NATURE de l'INTERVENTION	RÉSULTATS IMMÉDIATS	RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
I	Traité de chirurgie de Duplay-Reclus, Vol. VII, Art. Ictère.	Segond, 20 Mai 1889.	H	Subictère-hypertrophie du foie. Douleurs vésiculaires. Diagnostic : Hépatite tropicale. Foyer ancien de perithépatite.	Laparotomie exploratrice sans intervention complémentaire. On constate une congestion hépatique, au niveau de zone douloureuse.	»	Guerison complète
II	Bulletins de l'Acad. de medec. No de novembre 1890, p. 391, et Revue de chirurgie 1892, p. 574.	Terrier, 5 juillet 1890. (Cas n° I).	H	Congestion et hypertrophie du foie. Ictère très prononcé. Diagnostic : Hypertrophie du foie.	Laparo - cholecystostomie (isthme aussi petite que possible). Voies biliaires normales.	Disparition de l'ictère le 4 ^e jour. Disparition des accès fébriles. Le foie reste gros.	Guerison parfaite. Evacuation légère.
III	Bulletin de l'Acad. de medec. Séance du 2 février 1892 et n ^e credi médical 1891, No 5, p. 53, 4 février 1891.	Routier, 30 Octob. 1890.	F	Douleurs très vives. Tuméfaction énorme du foie, ascite. Pas d'ictère. Diagnostic : Avant l'opération, cirrhose hypertrophique du kyste hydatidique, après opération : Cirrhose hypertrophique avec perithépatite.	Laparotomie médiane. Evacuation de l'ascite, destruction d'adhérences de l'épiploon avec le foie. Voies biliaires libres. Lobe gauche cirrhotique et gra-nuleux.	Suppression immédiate des vomissements. Disparition de l'ictère.	Guerison complète.
IV	Observation inédite.	Quénu, Février 1891. (Cas n° I).	F			(L'essation des douleurs le soir même. Disparition de l'ictère.	Guerison complète. Le foie retrouve son volume normal.
V	Revue de chirurgie 1892, p. 577.	Terrier, 22 Décembre 1891. (Cas n° II).	F	Diagnostic : Cirrhose hypertrophique et hypertrophie de la rate. Ictère chronique.	Laparo - cholecystostomie. Fistule aussi petite que possible. Vésicule dilatée à parois minces rendant les sutures difficiles. L'incision minuscule de vésicule saigne beaucoup.	»	Guerison spontanée de la fistule. Pas d'amélioration de l'ictère, ni de l'état local.
VI	Bulletin de la Société anatomique 1892.	Le Dentu, 9 Février 1892.	F	Ictère chronique Diagnostic : chistologie post-mortem. Cirrhose hypertrophique.	Laparo-cholecystostomie. Vésicule distendue. Séparation partielle de la vésicule et du foie.	Mort. (Hémorragie).	»
VII	Observation inédite.	Quénu, Novembre 1892 (Cas n° II).	H	Ictère. Douleurs. Décoloration des selles. Foie très volumineux. Diagnostic : Congestion et hypertrophie du foie et hypertrophie de la rate.	Laparotomie	»	Persistence de l'ictère, des douleurs, le foie reste gros. Aucune amélioration.
VIII	Progrès médical 1895, No 48.	Quénu, 31 Janvier 1895 (Cas n° III).	H	Ictère chronique. Diagnostic : cirrhose hypertrophique reconnue pendant l'opération.	Laparotomie médiane ganglions volumineux de chaque côté du cholestodogé.	»	Aucune amélioration. Persistance de l'ictère, de la décoloration des selles, des troubles dyspeptiques et douloureux.

B. — INFECTIONS RAMUSCULAIRES

Angiocholites.

Le départ des maladies, entre la médecine et la chirurgie, tel qu'on le concevait autrefois, subit une modification profonde.

BOUCHARD.

HISTOIRE

Le chapitre que j'ouvre ici est absolument nouveau ; un document unique et par suite de haute valeur, mérite d'y prendre place, car c'est à ma connaissance le premier et le seul exemple d'une intervention chirurgicale pratiquée pour *angiocholite suppurée* avec distention, de nature non calculeuse. Le 21 mars 1893, SENDLER (1) opérait un malade qui se présentait à lui dans les conditions suivantes : Depuis quelques mois et à la suite de plusieurs poussées fébriles et douloureuses, cet homme avait vu se développer, lentement et progressivement, une tuméfaction en sa région hépatique. Le début de tous ces accidents remontait à un traumatisme local de date déjà ancienne.

On soupçonna qu'il y avait là quelque collection suppurée, l'intervention fut conseillée, et par crainte d'inoculer la grande séreuse, la ponction fut systématiquement rejetée, même dans

(1) SENDLER. Zur pathologie und chirurgie der gallenblarse und der leber. Deutsche zeitschrift f. chirurgie, 1895, p. 405

le simple but d'éclairer le diagnostic. Mais le patient se garda bien de suivre ce qui lui avait été conseillé; il s'empessa d'aller trouver un praticien qui n'hésita pas à trocarder la poche; du pus s'en échappa.

Par suite de cette manœuvre, poussée de péritonite qui, heureusement, se circoncrivit; et c'est après avoir fait cette douloureuse expérience que le patient revint de nouveau auprès de SENDLER pour lui demander ses soins. La laparotomie fut pratiquée; une volumineuse poche se présenta, incluse dans le foie par sa plus grande partie, et dont le contenu purulent s'élevait à un litre. Suture en collerette des parois de la poche à la plaie abdominale; mais, pour ce faire, il fallut traverser 5 centimètres de parenchyme hépatique qui la recouvrait en partie; aucune hémorrhagie d'ailleurs ne s'en suivit. A peine le malade était-il rétabli qu'une nouvelle intervention fut commandée par des accidents de rétention purulente. Après avoir réséqué la fistule qui persistait depuis la première opération, SENDLER s'avança prudemment, avec le thermocautère, dans le tissu hépatique et ne tarda pas à découvrir une seconde poche qu'il fut encore possible d'approcher, puis de fixer à la paroi. Mais le malade ne tarda pas à succomber.

S'agissait-il ici de kystes hydatiques suppurés, d'abcès du foie, d'empyème de la vésicule biliaire, c'est ce que l'on ignorait encore lorsque l'autopsie démontra que les poches anciennes n'étaient autres que des canaux biliaires intra-hépatiques énormément ectasiés et distendus par le pus, ne contenant aucun calcul. Un troisième kyste pyo-biliaire, du volume d'un œuf, analogue aux précédents, fut découvert à cette nécropsie; ce dernier avait passé totalement inaperçu lors de l'opération. Voici donc réalisée une opération nouvelle portant sur les rameaux biliaires intra-hépatiques; pour être conforme à la nomenclature de M. TERRIER, le nom d'*angiostomie* est le terme qui lui convient.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

Bien que le résultat n'eût pas couronné ces deux *angiotomies* pratiquées sur le même malade, la conduite qui fut tenue est absolument rationnelle, et l'opération de SENDLER est à conseiller sans aucune restriction dans tous les cas de ce genre. Aussi bien il est permis d'entrevoir dès maintenant quelques indications, de discuter quels cas sont justiciables de la chirurgie. Un parallèle entre le traitement chirurgical et médical nous éclairera sans doute à ce sujet. Deux circonstances différentes demandent à être envisagées séparément :

1° *L'infection ramusculaire ou angiocholite est suppurée.* — Alors il n'y a guère à discuter sur l'opportunité d'un traitement chirurgical. Voici ce qu'on lit dans les auteurs classiques. Il faut faire de l'antisepsie intestinale, on donnera des préparations salicylées telles que le salol, l'acide salicylique, qui sont un des rares antiseptiques s'éliminant par la bile. Dans la thèse de DOMINICI, on trouvera les résultats excellents que peut obtenir à lui seul le régime lacté au point de vue de l'antisepsie intestinale. Quelle que soit sa valeur théorique et expérimentale, cette médication est absolument insuffisante, bien qu'elle s'appuie sur des notions scientifiques. Et nous n'en voulons comme garantie que les faits fournis par DOMINICI lui-même et terminés par la mort. C'est pourquoi il faut absolument se résigner à un traitement plus actif. Il est tellement manifeste que ces collections, dont la nature streptococcienne a été démontrée par CLAISSE et ACHALME, réclament une large ouverture, que s'il faut en parler ici, c'est parce que certains médecins ne sont pas encore bien persuadés de l'importance de ce principe fondamental. La meilleure preuve que cette notion n'est pas encore entrée dans nos mœurs, c'est le contraste frappant entre le nombre des opérations pratiquées dont je ne signale qu'un cas, et la fréquence qui n'est plus à dé-

montrer des *angiocholites suppurées*, de ces abcès appelés par CHAUFFART abcès aréolaires.

2° *L'affection ramusculaire n'est pas suppurée.* — Bientôt on reconnaîtra sans doute que l'angiocholite non suppurée est, elle aussi, justiciable dans certains cas du traitement sanglant, avec la même évidence que la précédente. Au surplus, cette conception vient de recevoir tout dernièrement sa formelle consécration dans la communication faite au Congrès dernier par M. TERRIER. « Les angiocholites et les inflammations de la » vésicule biliaire sont toutes d'origine infectieuse, et l'on » peut dire que les traitements médicaux n'ont absolument rien » à y voir. Les médecins acceptent actuellement que dans une » angiocholite suppurée l'intervention chirurgicale soit autorisée, » mais je crois qu'il faut aller plus loin et qu'il existe un » certain nombre d'angiocholites et de cholécystites qui ne » sont pas suppurées et dans lesquelles cependant l'intervention » chirurgicale est nécessaire, attendu que l'affection abandonnée » à elle-même se termine par la mort.... Je pense que lors- » qu'on se trouve en présence d'accidents d'angiocholite et de » cholécystite infectieuse, même non suppurée, la laparotomie » est absolument indiquée. » C'est avec intention que je trans mets ces paroles à la lettre, tant il importe qu'elles se vulgarisent rapidement. Je ne puis que souscrire à cette proposition et cela pour trois raisons. D'abord, le traitement médical, il faut le reconnaître, ne peut rien contre un abcès collecté, quelqu'il soit et où qu'il siège. Ensuite, il n'y a absolument qu'un moyen qui permette de couper l'infection dès le début, à sa phase prae-suppurative, c'est le drainage précoce par cholécystostomie. Enfin l'existence ou l'absence de pus est un élément insuffisant pour décider ou non de la nécessité d'un traitement chirurgical. Se baser sur la présence ou non du pus, c'est donner à une constatation macroscopique et grossière, comme la consistance ou la coloration du contenu, une valeur qu'elle n'a pas. En effet, ces données si facilement acquises

pèchent par ce double fait qu'il y a des angiocholites non suppurées qui sont infectieuses au plus haut degré, qu'il y a par contre des angiocholites franchement suppurées mais dénuées de microbes, et bactériologiquement aseptiques.

La seule conclusion qui résulte de cette discussion se résume en cette proposition : suppurée ou non, l'angiocholite est justifiable d'un traitement chirurgical, et le pus à lui seul est un élément insuffisant pour faire le départ entre ce qui doit ou non être opéré. Ce premier point admis, voici maintenant les réserves sur lesquelles je ne crains pas d'insister tout particulièrement. Je me garderai bien de dire que *toutes* les angiocholites indistinctement, et par ce seul fait qu'elles sont infectieuses, doivent être confiées au chirurgien. Ce serait une exagération bien regrettable que de raisonner ainsi, et ce dont il faut bien nous persuader, c'est qu'un très grand nombre de cas de ce genre peuvent et doivent guérir spontanément ou avec le seul soin d'un traitement médical. Tout récemment encore, j'avais l'occasion de suivre et d'observer deux malades de ce genre dans le service de mon maître QUÉNU. Les malades, venues de médecine pour subir une intervention, ont été étudiées chaque jour. L'amélioration, puis la guérison s'annoncèrent au bout de quelques semaines, et ces deux femmes sont maintenant en parfait état, sans avoir subi la moindre opération.

Mon impression est donc qu'il appartient au clinicien de discerner quelles formes lui paraissent favorables ou non ; c'est en se bien pénétrant d'une part de la marche extensive de l'infection, c'est en constatant d'autre part que le simple repos ou la médication interne demeure sans effet qu'il doit prendre une décision plus ou moins radicale, et c'est seulement *à la limite de ces deux conditions* que l'on est autorisé à prendre le bistouri. En un mot, la thérapeutique doit être *graduée* et *proportionnée* à la forme clinique de la maladie.

TECHNIQUE

Un des enseignements que comporte l'étude du seul fait rapporté plus haut, c'est que les *opérations sont possibles* même sur la partie ramusculaire des voies biliaires. Par suite de l'extrême distension qu'acquiert un fin canal biliaire, l'*angios-tomie* devient réalisable tout comme la cholédocostomie. L'argument que les esprits simples opposèrent lors des premières opérations sur le cholédoque, à savoir que toute opération avec suture est irréalisable par suite des faibles dimensions de ce canal, n'aurait pas beaucoup plus de succès ici. C'est pourquoi je tiens beaucoup à relever l'état d'ectasie extrême des rameaux biliaires et la possibilité de suturer à la paroi le rameau intra-biliaire pathologique. Dans le présent cas, il eût même été possible, mais fort peu recommandable, de pratiquer une *angio-entérostomie*,

La technique comporte un procédé curatif qui s'adresse à l'abcès lui-même : c'est l'*angios-tomie* proprement dite. Elle n'est applicable que dans le cas de poche déjà volumineuse et pas trop éloignée de la paroi. Comme temps accessoire, elle paraît réclamer l'*hépatotomie*. Cette traversée du foie sera exécutée au thermocautère jusqu'à ce qu'on découvre le foyer même de l'abcès. Si la poche, enfin, ne peut être amenée à la paroi pour y être suturée, elle sera laissée largement ouverte après fermeture préalable de la cavité péritonéale par suture circulaire des feuillets pariétaux et viscéraux. La brèche hépatique servira de tunnel, conduisant une mèche de drainage jusque dans la cavité de l'abcès.

Mais ce qui constitue dans l'angiocholécystite suppurée une condition défavorable pour le traitement curatif, c'est la disposition même de ces collections pyobiliaires. C'est qu'en effet, elles sont presque constamment *multiples*. Tout l'arbre ramusculaire est infecté dans sa totalité et il s'abcède en plusieurs endroits. Il y avait trois collections dans le cas de

SENDER, dont deux réclamèrent à quelques mois de distance un traitement isolé. Il peut en exister un très grand nombre ; le foie est capable de se transformer en une véritable éponge de pus. Tel est le type dit *aréolaire*. Dès lors, l'intervention curative risquera souvent de n'être qu'incomplète parce qu'un certain nombre de collections passeront inaperçues au chirurgien, parce qu'enfin toutes ne peuvent pas être marsupialisées simultanément lorsqu'elles sont très nombreuses. En cette occurrence, l'angiotomie n'est plus *curative* et perd une grande partie de sa valeur. Cependant elle ouvre une voie d'échappement et de drainage à distance pour quelques cavités voisines susceptibles peut-être encore de communiquer avec la première.

Si on est autorisé à dire « a priori » que l'angiotomie ne donnera peut-être qu'un nombre restreint de succès subordonné à la multiplication et à la dissémination des abcès, il n'en est pas de même du traitement *palliatif*, lorsque celui-ci est appliqué aux premiers débuts de l'affection. Tout l'avenir est sans doute de ce côté, et l'opération palliative, à condition d'être *précoce*, permet d'excellents résultats et une prompte guérison. TERRIER a dicté la conduite à tenir : « L'opération, dit-il, qui en pareil cas me paraît indiquée, est la *cholécystotomie* qui présente les avantages suivants : tout d'abord le liquide contenu dans la vésicule est évacué en même temps que les calculs qu'elle peut renfermer ; en second lieu, la bile en s'écoulant entraîne mécaniquement les éléments septiques qui existent dans les voies biliaires et celles-ci finissent en conséquence par être désinfectées partiellement. »

RÉSULTATS

Je ne reviendrai sur le résultat déjà connu de l'opération de SENDER que pour montrer à nouveau l'importance extrême qu'il y a à ne point tergiverser dans le vain espoir d'une guérison problématique. Il est probable que si le malade avait

été opéré plus tôt, il aurait pu faire les frais de ses trois abcès qui semblent s'être développés successivement. Le pronostic est toujours grave, c'est un point qu'il faut bien savoir. On voit, dit CHAUFFARD, quelle est la gravité des angiocholites et cholécystites aiguës, gravité provenant de la lésion elle-même et des complications multiples qui en peuvent résulter. Pourquoi donc ne pas souscrire aux conclusions de M. TERRIER (2) et ne pas déclarer avec lui « En résumé, je pense » que lorsqu'on se trouve en présence d'accidents d'angiocholite et de cholécystite infectieuse même non suppurées, la » *laparotomie* est absolument indiquée dans le but d'ouvrir la » vésicule biliaire et de la laisser béante. » Rien n'est plus vrai. Le cholécyste est le gardien des voies biliaires supérieures et de la cellule hépatique; il faut l'ouvrir quand l'autre excréteur est menacé sur toute son étendue. Puissent ces paroles trouver bien vite leur écho.

(1) CHAUFFARD. Traité de médecine de CHARCOT et BOUCHARD, p 714.

(2) TERRIER. Traitement chirurgical des angiocholites et des cholécystites infectieuses. Congrès français de chirurgie, séance du 21 octobre 1895

B. — INFECTIONS RAMUSCULAIRES DES VOIES BILAIRES (non calculenses)
Angiocholites.

Numéro d'ordre	INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE	OPÉRATEUR et date de l'opération	SEXE	NATURE de la MALADIE Diagnostic clinique	NATURE de l'INTERVENTION	RÉSULTATS IMMÉDIATS	RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
IX	Deutsch Zeitschrift, I. chirurgie, 1893, p. 406.	Sandler, 24 Mars 1893 et 9 Octobre 1893.	H	Diagnostic clinique. Abcès du lobe droit ou Empyème de la vésicule. Diagnostic post-opératoire. Angiocholite suppurée avec distension.	1 ^{re} Opération. Angiotomie, aucun calcul. 2 ^e Opération. Angiotomie pour un deuxième abcès angiocholecetion.	Amélioration, puis nouveaux symptômes de rétention purulente.	Mort. A l'autopsie on découvre un troisième abcès.

C. — INFECTIONS TRONCULAIRES

Cholédocites

Tout ce qu'il devient possible de
traiter localement devient chirur-
gical. BOUCHARD.

HISTOIRE

Le point le plus curieux de l'affection qui nous occupe, c'est que non seulement le chirurgien méconnut, même le ventre ouvert, qu'il avait affaire à une suppuration du cholédoque ectasié, mais, fait plus singulier encore, deux fois l'opérateur fit une *cholédocostomie* à son insu.

En effet, TERRIER l'a bien fait remarquer. « Ce fut à l'autopsie » seulement qu'on s'aperçut de l'énorme dilatation du canal » cholédoque, dilatation formant la tumeur qui fut fixée à la » paroi abdominale. » Il n'existe que trois faits de ce genre susceptibles de rentrer dans l'étude de la cholédocite non calculeuse, et pour bien montrer que ces infections du grand collecteur biliaire n'ont rien à voir avec la lithiasé, c'est-à-dire qu'elles appartiennent bien à mon étude, je n'aurai qu'à citer tout entière cette phrase de M. TERRIER, relative aux deux premières de ces observations.

« Notons, dit-il, que la dilatation absolument extraordinaire du cholédoque n'est pas le résultat de la lithiasé biliaire, quoiqu'en aient dit RICHARD SEYFFERT et GUSTAVE KONITZKY dans leur thèse respective, et la raison en est bien simple,

c'est que dans les deux cas, l'autopsie pratiquée avec soin ne permit pas de découvrir le moindre calcul dans les voies biliaires. » Voici donc que l'existence de suppurations cholédociennes non calculeuses se trouve prouvée. Ces faits nous offrent un double intérêt. D'une part, ils fournissent un exemple d'une lésion encore peu connue en dehors de la lithiasc, l'*ectasie du cholédoque*; d'autre part, ils ont donné lieu à une intervention dont il n'existe encore qu'un tout petit nombre de faits, la *cholédocostomie*. HELFÉRISCH (1) est le premier chirurgien qui réalisa l'opération en question. Le 28 mai 1887, il se borna à fixer à la paroi abdominale les parois d'une poche remplie de liquide visqueux et de coloration foncée qu'il ponctionna d'abord et évacua ensuite. On ne trouva aucun calcul. Lorsqu'un mois plus tard, l'occasion se présenta de faire la vérification nécropsique, on constata que la vésicule atrophiee n'avait pas été touchée, que la poche marsupialisée n'était autre que le cholédoque distendu, ainsi qu'une partie du canal cystique et hépatique. L'opération pratiquée était donc bien une *cholédocostomie*. Quelques mois après, AHLFELD (2), de Marbourg, opéra, le 6 novembre 1887, une femme pour une tumeur qu'il crut être un kyste hydatique du foie comprimant les voies biliaires. A peine le ventre était-il ouvert que le kyste attendu s'offrit à lui, il fut fixé à la paroi avant d'être ouvert, c'est-à-dire qu'on fit une fixation première, selon la pratique dite de RANSONOFF pour la cholécystostomie.

L'incision du kyste donna issue à un liquide fluide verdâtre. Ainsi se trouva modifié le premier diagnostic et on pensa qu'il s'agissait d'une hydropisie de la vésicule. Le fait serait donc encore rangé, comme le fit l'auteur lui-même, parmi les cholécystostomies, si l'autopsie n'avait pas permis, ici encore, de constater que la vésicule n'avait pas été touchée, que la

(1) Helferisch. In dissertation inaugurale de R. Seyffert. Greifswalde, 1888.

(2) Ahlfeld. In dissertation inaugurale de G. Konitzki. Marbourg, 1888.

fistule avait été établie sur les régions supérieures et moyennes du cholédoque distendu. Je rapprocherai de ces deux observations celle plus récente de M. QUÉNU (1) relative à une obstruction du cholédoque avec abcès sous-hépatique. Une collection suppurée, siégeant sous le foie fut ouverte après la laparotomie et on reconnut parfaitement qu'il ne s'agissait pas du cholécyste. La minceur, l'aspect, l'étendue et le prolongement rétrogastrique m'empêchent, dit QUÉNU, de supposer un seul instant que l'abcès soit constitué par la vésicule elle-même. Ici il ne fut établi aucune « stomie », il fallut se borner au large drainage de la cavité. Par malheur l'autopsie n'a pu être faite; il est donc impossible de savoir en laquelle de ses parties l'arbre excréteur principal s'abcéda, en tous cas, si ce n'était point la vésicule, il est à présumer que le siège était au-dessous de celle-ci, c'est-à-dire dans les voies biliaires extra-hépatiques.

TECHNIQUE

Il serait absolument déplacé pour l'instant de donner la moindre règle de technique en se basant sur deux cholédocostomies qui ont été pratiquées à l'insu même de leurs auteurs. La conduite à tenir, et qui suffit quant à présent, lorsqu'il y a une poche et une poche utilisable, est celle de toutes les marsupialisations; elle ne nous arrêtera pas. Un point plus intéressant est de savoir quelle est l'incision, médiane ou latérale, qui est préférable pour cette sorte d'opération. HELFERISCH fit la laparotomie médiane sus-ombilicale. AHLFELD ouvrit le ventre un peu à gauche de l'ombilic, tous deux s'inspirèrent évidemment de la situation de la tuméfaction qui avait déjà créé sa première route vers l'extérieur. Si je prends soin de relever ce fait, c'est parce qu'il paraît conforme à l'assertion de mon maître

(1) Quénu. — In Terrier : de la cholédocostomie. — Revue de la chirurgie, 1892, p. 934.

QUÉNU (1) lorsqu'il dit « la situation du cholédoque permet d'affirmer que l'incision médiane aura tout autant d'avantages et souvent plus de chances de nous rapprocher du conduit commun que l'incision latérale. Ajoutons en terminant qu'une cholécystostomie précoce serait le seul moyen de prévenir ces ectazies cholédocciennes.

RÉSULTATS

La malade d'HELPERISCH eut, aussitôt après son opération, du sang puis du pus dans les pansements. Celle de AHLFELD des vomissements et de l'hypothermie. Celle de QUÉNU, opérée in extremis, eut une amélioration inattendue qui permettait presque de reprendre espoir. Quant aux résultats éloignés, ils sont marqués ici par trois décès. Dans le cas de HELPERISCH, il est difficile de dire si la mort qui survint au bout d'un mois, résulta d'une hémorrhagie ou d'une septicémie. Il est probable, nous dit TERRIER, que la plaie s'infecta. En tous cas, il faut tenir grand compte des ulcérations trouvées à la face interne de la dilatation hystique du cholédoque, ulcérations qui donnaient du sang et ensuite du pus. L'opérée d'AHLEFELD succomba le huitième jour dans le collapsus. KONITZKI est tenté de mettre cet affaiblissement sur le compte d'un abondant écoulement de bile amenant un épuisement rapide. La malade de QUÉNU, après s'être remontée, mourut le vingt-deuxième jour avec des phénomènes d'intoxication biliaire, subdelirium, décoloration complète des selles, etc. Quoi qu'il en soit et malgré ce triste résultat de trois interventions suivies de trois morts, le traitement chirurgical est le seul qui puisse avoir sa raison d'être pour de telles maladies. Se baser sur cette mortalité pour proscrire tout traitement sanglant serait contraire au bon sens. Le traitement médical, il ne faut pas l'oublier, est nul ou à peu près. Plutôt que de conclure dans un sens ou dans l'autre,

(1) QUÉNU. Progrès médical, 1895.

restons-en à la proposition de M. TERRIER. « Quant à présent, il faut se garder, dit-il, de formuler des conclusions fermes et pour cela attendre d'autres observations avec intervention ». Donc aux faits ultérieurs à répondre. Le malheur vient, je le répète, de ce que les malades sont toujours opérés trop tard, alors qu'ils sont profondément et de vieille date empoisonnés. Ces sujets sont doublement intoxiqués et par leur suppuration et par la cholémie, car les infections portant sur les voies biliaires principales s'accompagnent presque toujours d'ictère, ce qui est loin d'être la règle dans les infections de l'arbre biliaire accessoire.

Je terminerai l'étude des infections biliaires portant sur les voies principales, par cette remarque, que non seulement le diagnostic n'a pu être porté au lit du malade ni avant l'opération ce qui paraît devoir être le plus souvent impossible, mais même pendant l'intervention on ne sut reconnaître quel était le siège exact de la lésion, seule l'autopsie est venue donner la clef du diagnostic.

C. — INFECTIONS TRONCULAIRES DES VOIES BILIAIRES (non calculeuses)

Cholédocolites.

Numéro d'ordre	INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE	OPÉRATEUR et date de l'Opération	SEXE	NATURE de la MALADIE Diagnostic clinique	NATURE de l'INTERVENTION	RÉSULTATS IMMÉDIATS	RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
X	Richard Seyffert. Dissertation inaugurale de Greifswald. 1888.	Helferick, 28 mai 1887.	F	Diagnostic clinique. Ic- tère. Diagnostic vrai (post- mortem). Poche kystique du cholédoque.	Cholédocostomie pra- tiquée à l'insu de l'opé- rateur.	Affaiblissement de l'état général.	Mort d'hémorrhage ou de collapsus, au bout d'un mois. A l'autopsie, on re- connait que la vési- cule n'avait pas été touchée, que l'opéra- tion pratiquée était une cholédocostomie.
XI	Gustav Konitzky. Dissertation inaugu- rale de Marbourg. 1888.	Alfred, 6 novem- bre 1887.	F	Diagnostic clinique. Kyste hydatique du foie comprénant les voies bi- liaires. Ic- tère. Diagnostic vrai (post- mortem). Poche kystique du cholédoque.	Cholédocostomie pra- tiquée à l'insu de l'opé- rateur.	Affaiblissement de l'état général. Vomissement, hy- pothémie.	Mort de collapsus le 8e jour. A l'autop- sie on reconnait que la vésicule n'avait pas été touchée, que l'opération pratiquée était une cholédo- costomie.
XII	Terrier. De la cho- lédocostomie. Revue de chirurgie. 1892. p. 931.	Quénu, 16 avril 1892.	F	Diagnostic clinique ? Ic- tère et abcès dévelop- pés autour de la vésicule boursée de calculs ? Diagnostic vrai (post- opératoire). Pas de cal- cul. Il ne s'agit certaine- ment pas d'un empyème de la vésicule.	Laparotomie. On ne peut découvrir la vési- cule, mais on constata que l'abcès n'était pas formé par la vésicule. Ouverture de l'abcès. Évacuation. Drainage.	Amélioration.	Mort d'intoxica- tion biliaire, le 22e jour. Pas d'autopsie.

DEUXIÈME PARTIE

Les Infections de l'Arbre biliaire accessoire

A. — SEPTICÉMIES BILIAIRES.

B. — PYÉMIES BILIAIRES.

C. — ABCÈS FROIDS BILIAIRES.

CLASSIFICATION

« Le domaine de la pathogénie s'agrandit. La clinique et l'étiologie empirique ne s'éclairent plus seulement aux lumières de l'anatomie et de la physiologie pathologique ; la médecine réclame le concours des sciences voisines. » BOUCHARD.

« Les angiocholites et les inflammations de la vésicule biliaire sont toutes d'origine infectieuse. » C'est en ces termes que s'exprimait tout récemment M. TERRIER lorsque s'ouvrit le dernier Congrès de chirurgie tenu à Paris. Cette déclaration est parfaitement exacte, elle repose à l'heure actuelle sur un certain nombre de constatations hors de tout conteste. Mais avec elle, la notion d'infection entraîne des systématisations nouvelles. Si l'on va au fond des choses, on voudra bien reconnaître que les cholécystites sont variables par l'élément pathogène qui les engendre, c'est-à-dire qu'elles diffèrent dans leur essence ; elles sont variables par la réaction locale ou générale qu'elles provoquent chez chaque sujet, c'est-à-dire qu'elles diffèrent dans leur allure clinique ; elles sont variables, enfin — c'est là surtout ce que j'espère démontrer — par la thérapeutique qu'elles réclament. Sans doute, la cause première qui préside à la genèse de telle ou telle réaction des voies biliaires reste encore trop souvent obscure ; pour certains cas, cependant, la lumière commence à se faire et la connaissance de l'élément pathogène nous fait entrevoir le pourquoi de ces différences et permet d'en pénétrer le secret. En effet, il paraît à peu près certain que le bacille d'EBERTH déter-

mine des cholécystites des plus graves. Il n'est pour les voies biliaires aucun ennemi plus redoutable que le parasite typhique; nulle bactérie n'est capable de provoquer, en aussi peu de temps, d'aussi graves désordres. Quel contraste avec le bacille tuberculeux que je placerai à l'autre extrémité de la série. Ce dernier, lorsqu'il colonise dans le cholécyste, évolue selon ses mœurs habituelles avec une lente et insidieuse torpeur. Je cite à dessein ces deux bactéries, parce qu'elles occupent ici les deux termes opposés d'une même échelle de virulence. Entre ces degrés extrêmes, il y a place pour un groupe encore confus de faits dissemblables dans lesquels les cholécystites sont produites par des bacilles vulgaires; ces cas, en clinique, correspondent à la masse des cholécystites. Ils constituent une classe qui est destinée d'ici peu à se fragmenter; de cette division naîtront des variétés, chacune de celles-ci sera fonction d'un ou plusieurs microbes déterminés. Cette conception s'affirme déjà dans l'excellente thèse de *Dominici*. Ainsi on arrivera sans doute un jour à reconnaître que telle cholécystite purulente diffère absolument de sa voisine dans la série. Ce groupe moyen que j'étudierai en bloc reconnaît le plus souvent comme agent pathogène la bactérie d'ESCHERICH qui a reçu de M. GILBERT le nom de *grand parasite des voies biliaires*. Parfois aussi on rencontre divers cocci, des streptocoques, des staphylocoques et des pneumocoques associés ou isolés.

Sans perdre de vue le côté thérapeutique qui, en somme, constitue le fond de ce travail, je chercherai une *classification* des cholécystites qui, en l'état actuel de nos connaissances, fasse concorder la bactériologie avec l'anatomie pathologique, la clinique, enfin le traitement. Voici celle à laquelle je m'arrête pour l'instant. Les cholécystites, selon le *degré de virulence* de l'élément pathogène, selon le *degré de réaction locale*, selon le *degré de réaction générale*, forment trois grandes classes : 1° Les *septicémies biliaires*; 2° les *pyohémies biliaires*; 3° les *abcès froids biliaires*.

PREMIÈRE CLASSE

LES SEPTICÉMIES BILIAIRES

Les cholécystites de cette classe sont caractérisées bactériologiquement par la présence d'un microorganisme au summum de la virulence. Ce microbe est représenté par le seul bacille d'EBERTH ou par le vibrion cholérique ou même par le vulgaire bacille du côlon, mais celui-ci en état de virulence inaccoutumée.

Anatomiquement, ce qui domine, c'est l'absence ou la rareté du pus, parce que les éléments anatomiques profondément intoxiqués succombent sur place sans esquisser la moindre réaction, parce que la phagocytose est insuffisante ou nulle.

Cliniquement, ces infections passent par deux phases : l'une, de localisation extrêmement courte, correspond aux premières attaques de l'arbre biliaire par les microorganismes ; — l'autre, de péritonite septique ou putride, s'allume dès que les microbes, franchissant l'enceinte vésiculaire, se disséminent dans le milieu péritonéal. Entre ces deux phases cliniques, il se passe un temps extrêmement court où la lutte se concentre plus spécialement sur un point du cholécyste pour y creuser l'ulcération. Cette ulcération est exclusivement fonction du microbe.

La thérapeutique chirurgicale est souvent la seule qui puisse disposer d'armes assez puissantes en face de pareils désordres ; elle doit varier selon le moment de l'intervention. A la première phase de localisation, à l'heure où les bactéries sont encore cantonnées dans le cholécyste, qu'elles attaquent par sa face muqueuse, il conviendrait d'établir en toute hâte un large drainage, de créer de suite une fistule cysto-cutanée afin de dériver au dehors les microorganismes qui cultivent dans l'arbre biliaire. Seule, une cholécystostomie pourrait prévenir le désastre presque toujours irréparable d'une ulcération qui va livrer passage à des ondes d'humeur biliaire infectée au plus haut degré.

Lorsqu'éclate la deuxième période de *diffusion*, le traitement devient celui des péritonites septiques. Il consiste en drainage et lavage de la grande séreuse; la mort ne tardera guère, cependant, parce que l'infection est diffuse sur toute la surface péritonéale.

Que si l'intervention correspond au contraire à la *phase intermédiaire*, si l'opérateur surprend la perforation au moment où elle s'achève, ou si même il agit au moment précis où la bile contaminée n'a encore ensemencé que partiellement le péritoine, on peut encore tenter une opération locale, par exemple fermer et renforcer par une suture la paroi du cholécyste en partie déjà effondrée, faire une *cholécystostomie idéale*. Il serait préférable, si les voies biliaires principales sont libres, d'extirper tout le cholécyste septique, de pratiquer une cholécystectomie. Je m'empresse de dire que tout cela n'est pas, comme on le croirait volontiers, simple vue de l'esprit. Nous comptons déjà, à la gloire du traitement chirurgical, un admirable succès opératoire sur lequel j'aurai longuement à revenir.

DEUXIÈME CLASSE

LES PYOHÉMIES BILIAIRES

De même que dans les septicémies biliaires, il n'y a *pas non plus ici de microbe spécifique*. Le *bacterium coli* en est l'agent le plus fréquent. Beaucoup de cocci peuvent l'accompagner ou le remplacer. Les cholécystes dont il s'agit sont caractérisées bactériologiquement par la présence du *bacterium coli* seul ou associé, ou remplacé par un coccus.

Anatomiquement, il existe une réaction locale, il *a du pus* parce qu'il y a eu phagocytose, ce pus est enkysté parce que les tissus ont eu le temps de se défendre.

Cliniquement, ces infections sont marquées par des *symptômes de résorption* : frissons, fièvre à type intermittent, fièvre

hépatique de CHARCOT ; localement, on trouve des douleurs dans la région caustique et une tuméfaction de la vésicule.

Enfin, au point de vue thérapeutique, elles réclament un traitement chirurgical et ressortissent à l'adage antique « ubi pus, ubi evacua ». L'intervention sanglante est commandée, dans le triple but de venir en aide à l'organisme qui lutte, de supprimer un foyer de résorption, de prévenir les vastes dégâts d'une suppuration qui cherche à se créer à elle-même sa voie d'évacuation.

Voici maintenant quelles subdivisions j'établis dans la classe des pyémies biliaires. Selon le siège principal des lésions, selon le degré de virulence des bactéries et de degré de réaction de l'organisme, on peut distinguer quatre familles : 1° Les paracholécystites suppurées et fibreuses. 2° Les péricholécystites suppurées et fibreuses. 3° Les cholécystites suppurées. 4° Les cholécystites fibreuses.

PARACHOLÉCYSTITES

Sous cette qualification, je grouperai les cas où l'infection, ayant largement dépassé les limites du cholécyste, étend ses ravages dans des régions lointaines. Il y a des paracholécystites *suppurées* et des paracholécystites *fibreuses*, selon le mode de réaction des tissus infectés. Les premières constituent l'abcès biliaire migrateur qui tend à s'évacuer lui-même vers la paroi abdominale ou dans un viscère creux.

Les paracholécystites suppurées comprennent elles-mêmes quatre variétés basées sur le mode d'extension : Type *antéro-supérieures*, *postéro-supérieures*, *antéro-inférieures*, *postéro-inférieures*. La plupart de ces affections disparaissent dans ce qu'on désigne sous le nom de : Abcès sub-phrénique de LEYDEN et PFUHL.

Moins extensive dans sa marche, moins grave dans son infectiosité, la PÉRICHOLÉCYSTITE diffère de la précédente en ce

que le siège des lésions reste confiné aux pourtours du cholécyste; en ce que l'infection dépasse fort peu la zone vésiculaire. La péricholécystite est également *suppurée* ou *fibreuse*; fibreuse, elle est plus favorable qu'une suppurée, car elle traduit un degré moindre dans la virulence et une réaction locale plus efficace.

La CHOLÉCYSTITE proprement dite est *suppurée* ou *fibreuse*. Le grand nombre des cas qui rentrent dans l'une et l'autre catégorie oblige à les étudier séparément. La cholécystite suppurée varie dans son contenu, qui peut être franchement purulent (*piocholécystite*) — hématique (*hématocholécystite*) — séreux (*hydrocholécystite*).

La CHOLÉCYSTITE FIBREUSE forme la cholécystite *parenchymateuse* ou *interstitielle*. Avec cette dernière variété, l'infection atteint son degré minimum, les tissus, susceptibles de réveils d'infection, sont en état de microbisme latent.

TROISIÈME CLASSE

LES ABCÈS FROIDS BILIAIRES

Démontrés à l'heure actuelle, ils seraient caractérisés bactériologiquement par la présence du bacille de KOCH ou des parasites qui produisent les pseudo-tuberculoses : les cladothricées, les actynomycètes, etc., c'est-à-dire qu'il n'y a pas là non plus de bacille spécifique.

Anatomiquement, cette infection subaiguë se traduit par une dégénérescence caséuse, par une coque inflammatoire extrêmement épaisse ou calcaire, souvent multiloculaire, chaque crypte devenant une caverne biliaire.

Cliniquement, l'évolution se fait avec un minimum de réaction. Sans fièvre et sans gêne, ou bien avec légères ascensions vespérales et avec de légères douleurs, la vésicule se transforme peu à peu en une tumeur presque solide, de grande dimension.

Au point de vue thérapeutique, l'abcès froid de la vésicule est justifiable d'une *extirpation complète* s'il s'agit d'une tuberculose locale ; ou d'un *simple curettage* et grattage, si la tuberculose est disséminée.

Il va de soi que cette classification n'offre qu'un intérêt provisoire ; qu'elle ne peut non plus être prise dans un sens rigoureux, car il existe entre toutes les subdivisions principales des cas limités. Elle traduit seulement la *note dominante* de faits superposables qu'elle groupe par faisceaux distincts. L'avantage que je trouve en procédant ainsi, c'est de tenir compte à la fois de l'anatomie pathologique, de la clinique, du traitement, en les subordonnant tous à la notion pathogénique. Enfin tous ces cas forment une série ininterrompue depuis le terme le plus élevé dans la virulence, jusqu'aux infections éteintes et devenues aseptiques.

LES INFECTIONS NON CALCULEUSES DE L'ARBBE BILIAIRE ACCESSOIRE

A SEPTICÉMIES BILIAIRES	Bactériologiquement → microorganismes au sommet de la virulence. B. d'Éperth. Vibriion cholérique. — Bact. coli en virulence inaccoutumée. Pas de bactérie spécifique. Anatomiquement. — Pas ou peu de pus. Phagocytose insuffisante. Cliniquement. — Passe par 2 phases $\left\{ \begin{array}{l} \alpha \text{ de localisation reste souvent inaperçue dans le tableau de la maladie principale.} \\ \beta \text{ de diffusion ou de péritonite septique ou putride.} \end{array} \right.$ Thérapeutiquement <math>\left\{ \begin{array}{l} \text{A la 1^{re} phase, cholecystotomie.} \\ \text{A la 2^e phase, laparotomie, drainage, lavage du péritoine.} \\ \text{A la période intermédiaire, aux premiers moments de la perforation. } \left\{ \begin{array}{l} \text{Cholécystostomie idéale.} \\ \text{Cholécystectomie.} \end{array} \right. \end{array} \right.</math>
B PYOCÉMIES BILIAIRES	Bactériologiquement. Coli ou streptoc. pneumococ. Staphyl., etc. Pas de bactérie spécifique. Anatomiquement. Pus ou sclérose. Il y a phagocytose intense. Cliniquement. — Symptômes généraux de résorption. Fièvre hépatique de Charcot. Symptômes de réaction locale. Douleurs, Tuméfact. de la vésicule. Thérapeutique. — Absolutement chirurgicale : « ubi pus, ubi evacua ». I PARACHOLÉCYSTITE (suppurée ou fibreuse) — Siège maximum éloigné de la vésicule. $\left\{ \begin{array}{l} \text{Bactériologiquement... Strepto, etc.} \\ \text{Anatomiquement. — Suppurée : 4 types d'évolution.} \\ \text{Antéro-supérieure, antéro-inférieure, postéro-supérieure, postéro-inférieure ou fibreuse.} \\ \text{Cliniquement. — Tuméfaction à plastrons diffusés en nappe, décrite comme pyo-pneumothorax ectopneumique.} \\ \text{Traitement. — Evacuation variable selon le type antéro-inférieur (incision abdominale). Antéro-supérieur (résection costale). Postéro-supérieur (voie transpleuro-péritonéale. Postéro-inférieur (voie lombaire).} \\ \text{Pas de traitement direct de la choleoptile, ou bien cholécystectomie à froid.} \end{array} \right.$ II PÉRICHOLÉCYSTITE (suppurée ou fibreuse) — Siège juxta-vésiculaire $\left\{ \begin{array}{l} \text{Bactériologiquement ?} \\ \text{Anatomiquement. } \left\{ \begin{array}{l} \text{Suppurée (abcès péri-cholésyptien) fibreuse.} \\ \text{Cliniquement. Poussées douloureuses dans la région vésiculaire (pseudo colique hépatique).} \\ \text{Traitement forme suppurée. — Laparotomie. Drainage.} \\ \text{On ne touche pas à la vésicule. Traitement de Fraenkel-Saenger. Dissection des adhérences. On ne touche pas à la vésicule.} \end{array} \right. \end{array} \right.$ III CHOLÉCYSTITE SUPPURÉE ou avec épanchement — (Siège maximum dans le cholécyste). $\left\{ \begin{array}{l} \text{Bactériologiquement ?} \\ \text{Anatomiquement. — Tumeur volumineuse ou kyste pyo-biliaire.} \\ \text{selon le contenu : } \left\{ \begin{array}{l} \text{Pyo-cholécystite.} \\ \text{Hemato-cholécystite} \\ \text{Hydro-cholécystite.} \end{array} \right. \\ \text{Cliniquement. — Grosse tumeur de l'abdomen, latérale droite, ou médiane.} \\ \text{Traitement. — Cholécystectomie (méthode de choix), adhérences peu étendues et voies biliaires principales libres, mais rarement réalisable. Cholécystectomie (méthode de nécessité). Résultats peu favorables.} \end{array} \right.$ IV CHOLÉCYSTITE FIBREUSE ou sans épanchement chronique, ou parenchimiteux, ou interstitielle. — Siège maximum dans le cholécyste. $\left\{ \begin{array}{l} \text{Bactériologiquement. — Contenu vésiculaire stérile sauf au moment des poussées douloureuses.} \\ \text{Anatomiquement. — Transformation fibroïde des parois vésiculaires. Pas ou peu de distension vésiculaire} \\ \text{Cliniquement. — Douleurs vives à répétition. Vésicule palpable (indurée) mais non augmentée de volume.} \\ \text{Traitement. — Cholécystectomie (méthode de choix) si adhérences peu étendues et si voies principales libres, le plus souvent réalisable.} \\ \text{Cholécystostomie (méthode de nécessité).} \end{array} \right.$
C ABCÈS FROIDS BILIAIRES	Bactériologiquement. — Bacille de Koch. Actinomycètes aspergillus, etc., seul ou associé. Pas de bactérie spécifique. Anatomiquement $\left\{ \begin{array}{l} \text{Caseum. Cavernes tuberculeuses (forme lignitée cavernueuse).} \\ \text{Pariol excessivement épaisse ou calcifiée.} \end{array} \right.$ Cliniquement. — Evolution froide. Peu de douleurs. Fécicule. Evolution fatale vers fistulisation spontanée. Vésicule transformée en tumeur ligneuse. Thérapeutique $\left\{ \begin{array}{l} \alpha \text{ si tuberculose locale, et si lésions suffisamment limitées : cholécystectomie (méthode de choix).} \\ \beta \text{ si tuberculose diffuse et si lésions disséminées, curetage, grattage, chlorure de zinc.} \end{array} \right.$

A. — LES SEPTICÉMIES BILIAIRES

Faut venir à l'extrême remède
plutôt que laisser le malade mourir
si vilainement.

A. PARÉ

DÉFINITION. — NATURE

Sous ce titre, je réunis, ainsi qu'il a été dit plus haut, les infections du cholécyste caractérisées et par une *virulence extrême* de l'agent infectant et par l'*absence ou l'insuffisance* de la phagocytose des éléments infectés. Je ne crois pas que certains microorganismes possèdent cette propriété plutôt que d'autre, autrement dit, il n'y a pas de microbe spécifique des septicémies biliaires. Un commensal ordinaire de la flore duodénale, le *bacterium coli* commune par exemple, est susceptible, dans certaines conditions encore très mal connues, d'acquérir une virulence extraordinaire. Si par malheur ce parasite, doué de ces nouvelles qualités, émigre dans les voies biliaires, il va produire là de véritables dégâts. Lorsqu'on songe que dans un organe comme l'intestin, dont la muqueuse, normalement en contact avec des myriades de bactéries, est spécialement armée en vue de la défense, le même bacille est capable de traverser, corroder, ulcérer l'entière épaisseur de la paroi entérique, on devine aisément que dans les voies biliaires il aura beau jeu. Et en effet, ici il surprend un milieu où règne normalement une parfaite aseptie, un milieu vierge de toute fermentation, sauf à la papille duodénale, c'est-à-dire à la région la plus immédiatement voisine de l'intestin, milieu enfin

qui n'est ni préparé, ni accoutumé à la phagocytose. Voici donc réalisées d'excellentes conditions pour que la lutte s'engage avec des forces inégales. Si le premier combat se déroule insidieusement à l'insu du clinicien, la victoire du bacille infectant s'annonce au moment précis où éclate la péritonite septique ; c'est qu'à cette heure les bactéries viennent de franchir la barrière que leur opposait l'enceinte vésiculaire. L'infection n'est plus dans l'arbre biliaire, déjà elle a diffusé dans toute la cavité péritonéale et tout espoir s'évanouit de l'entraver en sa fatale évolution.

En fait, les perforations du cholécyste en dehors des traumatismes et de la lithiase sont chose assez commune et s'il est une grande vérité parfaitement établie, c'est que ces perforations ne s'observent que dans les *grands états infectieux* du tube intestinal, dans la *fièvre typhoïde*, dans le *choléra*. Si l'on veut étudier les septicémies biliaires, c'est dans ces deux affections qu'on a le plus de chance d'en trouver de frappants exemples. Là surtout on rencontrera les traces de ces infections suraiguës dont la perforation ulcéreuse n'est que la conséquence la plus brutale.

HISTOIRE

La cholécystite cholérique est démontrée à l'heure actuelle. La suppuration y est minime, et à l'examen macroscopique, on ne constate parfois qu'une simple phlegmasie de la muqueuse comme l'ont déjà signalé MM. BRIQUET et MIGNOT. De cela, il ne faut nullement nous étonner; c'est le propre des septicémies biliaires de ne s'accompagner que d'une *faible quantité de pus*. Il y a peu ou point de pus parce que la réaction locale est faible; il n'y a là qu'un cas particulier de l'intégrité apparente des organes maintenant bien connue dans toutes les septicémies. L'absence ou la rareté du pus sont, comme on le sait, une preuve que la phagocytose est insuffisante ou nulle; elles

indiquent que, profondément intoxiqués, les éléments cellulaires ont succombé *in situ* sans avoir eu le temps d'esquisser une défense. Il serait encore possible de ne voir dans la cholécystite cholérique qu'une complication fortuite; une pure coïncidence, si le parasite de la maladie causale n'avait été surpris dans les voies biliaires. Or, en 1885, NICATI et RIETSCH, découvrant dans deux cas le vibrion cholérique dans le cholédoque, puis décelant plus tard ce même vibrion à deux autres reprises dans la vésicule biliaire, ont donné à la cholécystite cholérique sa consécration bactériologique; la nature purement vibrionienne de cette infection devenait évidente. Aux mêmes résultats aboutirent les recherches de GAILLARD, celles de ODDO et LÉVINE (1). Enfin, plus récemment, M. GIRODE reconnut dans quatorze cas sur vingt-huit faits la présence du vibrion caractéristique dans les voies biliaires.

Peut-être qu'après ce qui précède, on serait tenté de rendre le seul bacille virgule responsable des perforations de la vésicule au cours du choléra. Il n'en est rien. Dans une perforation biliaire traitée chirurgicalement par LÉVINE, le *bacterium coli* était le seul agent pathogène de l'infection biliaire; n'est-ce pas déjà là une première confirmation de ce que j'avais plus haut, à savoir que les grandes septicémies biliaires *ne sont pas spécifiques*; qu'elles sont fonction d'une bactérie vulgaire de l'intestin dont la seule particularité en l'espèce est l'*extrême virulence*; quoiqu'il en soit, si au point de vue bactériologique, l'année 1885 — date de la première découverte du bacille virgule dans les cholécystites cholériques — marque dans la question un trait important, l'année 1894 ouvre une phase non moins digne d'intérêt, parce que, bien pénétré de la gravité des cholécystites survenant au cours du choléra, un chirurgien tenta pour la première fois de porter remède à ces complications fatales. Malheureusement l'opération ne fut pas couronnée de succès; cela s'explique parce que l'intervention fut trop tar-

(1) Lévine. Affections biliaires dans le choléra. Congrès des médecins russes 1894. Wratsch, St-Petersbourg, n° 3, 1894.

diver. Comme toujours on hésita avant d'en arriver à l'opération sanglante et lorsque, celle-ci fut décidée, il n'était plus temps. Le malade était en péritonite confirmée lorsque LEVINE pratiqua la laparotomie; les lésions plus avancées de la région hépatique indiquèrent que là était le corps du délit. En effet, on découvrit une perforation de la vésicule, et déjà la péritonite s'était généralisée. On dut se borner à établir le traitement de la péritonite; celle-ci suivit son cours, et quelques heures plus tard le patient succombait. A l'autopsie, on constata que le cholécyste était le siège de plusieurs ulcérations dont une seule avait abouti à la perforation. Et qu'on n'aille pas croire qu'il s'agit là d'un accident très peu commun. LEVINE, qui opéra ce malade, a observé lui-même dans la même épidémie deux autres cas du même genre pour lesquels, d'ailleurs, il ne fut institué aucune thérapeutique chirurgicale.

Pendant que l'on s'appliquait ainsi à bien connaître la cholécystite des cholériques dans sa nature, son essence et sa redoutable gravité; pendant qu'on essayait de traiter chirurgicalement la perforation qui la complique, les recherches de ces dernières années se portaient aussi avec ardeur vers les déterminations biliaires dans l'*infection typhique*. Ici, l'étude est déjà beaucoup plus avancée. A dire vrai, il y a fort longtemps que l'on a signalé pour la première fois, la cholécystite au cours de la dothiéntérie. A trois reprises, LOUIS (1) la constata. Après lui, ANDRAL (2), GUBLER, FAURAYTIER (3), LEUDET, BERNHEIM, FOOT (4) publièrent chacun de nouveaux cas de cette complication. En 1876, HAGENMULLER (5), recueillant toutes les observations de cholécystites typhoïdes parues

(1) Louis. — Recherches sur la gastro-entérite (fièvre typhoïde). Paris, 1829.

(2) Andral. — Cliniques médicales de la Charité, 1839. T. II.

(3) Fauraytier. — Bull. Soc. Anat., 1841.

(4) Foot. — Enteric fever absces, in the Wall of the Gallbladder. Irish Hospital Gay, 1874.

(5) Hagenmüller. — Thèse de Paris, 1876.

jusqu'alors, arrivait au chiffre 18. Depuis lors, LEGENDRE (1), DOPFER (2), LAFFON, SCHLIER (3), apportèrent un nouveau contingent de faits et non seulement la cholécystite typhique devenait bien connue, mais on en remarquait la gravité extrême par les perforations qu'elle détermine. Il semblait déjà que le poison typhique était capable de se porter dans la vésicule biliaire pour y manifester sa fâcheuse vertu perforante que d'habitude il n'exerce que dans l'intestin.

Mais ce que les observateurs de cet âge n'étaient pas en mesure d'affirmer, c'est qu'il s'agissait de cholécystites de nature typhique. Rien ne prouvait qu'il n'y eut pas là de simples coïncidences; il appartenait aux chercheurs de l'ère Pastorienne de vérifier l'essence purement typhique de cette complication, en découvrant dans l'arbre biliaire l'agent spécifique de la maladie, le bacille d'EBERTH. La constatation du parasite typhique dans les suppurations biliaires vint donc jeter une lumière toute nouvelle sur la question. C'est en France que furent faites les premières investigations de cet ordre. En 1890, MM. GILBERT et GIRODE (4) présentèrent le premier cas d'infection biliaire à bacille d'EBERTH, trouvé par eux à l'autopsie d'un typhique. La même année, on démontrait aussi que les cholécystes de la dothiéntenterie ne sont pas toutes dues à l'élément spécifique, car MALVOZ (5), dans un cas de ce genre ne décelait qu'un streptocoque. Quelque temps après, E. DUPRÉ (6) apporta la deuxième observation d'angio-cholécystite à bacille d'EBERTH — fait remarquable, en ce que la fièvre typhoïde était déjà guérie depuis huit mois lorsque

(1) Legendre. — Accidents péritoniques consécutifs à une cholécystite au début de la fièvre typhoïde. Progrès médical, 1881.

(2) Dopfer. — Ueber die complicationem des lettralen abdominal typhus. Münch, med. Wochens, 1883.

(3) Schlier. — Ein fall von phlogmonoesae cholecystitis vach typhus. Deutsch. Archiv., f. Klin. Med. 1891.

(4) Gilbert et Gironde. — Société de biologie, 27 septembre 1890.

(5) Malvoz. — Annales de la Société médic. chirurgicale de Liège, janvier 1890.

(6) E. Dupré. — Les infections biliaires, thèse Paris, 1891.

e déclara la complication biliaire. C'est la première fois qu'une cholécystite éberthienne fut traitée chirurgicalement, M. MONOD pratiqua chez la malade une cholécystentérostomie. Puis GUARNIÉRI (1) publia un cas douteux d'infection biliaire à bacille d'EBERTH sans fièvre typhoïde. En 1893, M. CHIARI (2) apporta un autre exemple de cholécystite éberthienne. Cette même année, MM. GILLERT et GIRODE (3) firent la même constatation sur un malade cholécystectomisé par M. TERRIER et guéri déjà de sa typhoïde depuis trois mois. Dans le cas d'une autre vésicule biliaire enlevée par M. TUFFIER, MM. GILBERT et DOMINICI (4) trouvèrent aussi le bacille typhique. Enfin en 1894, j'observai moi-même le bacille d'EBERTH dans une suppuration biliaire que M. DELBET ouvrit par cholécystotomie (5). La grande particularité de ce dernier cas est le fait d'une cholécystite à bacille d'EBERTH survenant chez un individu qui n'avait jamais eu la fièvre typhoïde, ainsi que GUARNIÉRI en avait déjà relaté un exemple. Cette détermination inattendue du bacille d'EBERTH dans l'arbre biliaire sans localisations intestinales cliniquement appréciables, semblera peut-être un jour facile à expliquer, si l'on démontre, ce qui paraît de plus en plus vraisemblable, que *bacterium coli* et bacille d'Eberth ne constituent, ainsi que l'ont déjà dit quelques bactériologistes, entre autres MM. ROUX et RODEZ, qu'une seule et même bactérie variable seulement par quelques-unes de ses réactions (réaction de la lactose, réaction de l'Indol, etc.).

Cette longue histoire nous apprend que les cholécystites des typhiques ne sont pas forcément produites par le bacille

(1) Guarniéri. — Cholécystite à bacille d'Eberth. *Rev. gen. Itäl. di clin. med.* 1892.

(2) Chiari. — Cholécystite typhique. *Preger. Med. Wochens.* 1893.

(3) Gilbert et Girode. — Cholécystite purulente provoquée par le bacille d'Eberth. *Société de biologie*, 1893.

(4) Gilbert et Dominici. — Angiocholécystite à bacille d'Eberth. *Société de biologie* 1893.

(5) L. Longuet. — Angiocholécystite à bacille d'Eberth sans fièvre typhoïde. Cholécystomie. — *Gaz. des hôpitaux*, n° 141. Décembre 1894.

d'EBERTH, qu'elles peuvent être dues à des streptocoques, d'autres à une association du bacterium coli et du bacille d'EBERTH, etc.; c'est dire que jusqu'ici rien encore ne prouve que seul le bacille d'EBERTH ait la propriété d'engendrer les grandes septicémies biliaires, comme celles qui aboutissent à la perforation. D'ailleurs, dans tous les cas qui ont été examinés, les microorganismes étaient en état de moyenne virulence, puisqu'il s'agissait d'empyème de la vésicule. C'est parce qu'elles étaient survenues longtemps après la dothiéntérie — cinq mois, huit mois — que les cholécystites traitées chirurgicalement par MM. MONOD, TERRIER, TUFFIER, DELBET, se sont comportées comme de vulgaires cholécystites suppurées. Ces complications post-typhiques, éberthiennes par leur nature, ne réclament pas un autre traitement que les *pyémies* biliaires. Il est presque certain que les événements eussent été bien différents si la contamination de l'arbre biliaire s'était produite plus tôt ou à un stade moins avancé de la maladie typhique, au moment où les bactéries étaient encore en pleine phase de virulence. Alors l'infection eût consisté non pas en un empyème de la vésicule, mais en une véritable *septicémie*; c'est celle-là seule qui doit être étudiée ici. En fait, les perforations de la vésicule n'ont guère été rencontrées qu'à l'époque où l'infection est encore en pleine exacerbation. C'est au troisième septenaire que se déclara le cholécystite perforante chez les malades de L. COLLIN (1), de RILLET et BARTHEZ (2), de HUSSON (3); à la quatrième semaine qu'elle survint dans le cas d'ARCHAMBAULT (4) et dans tant d'autres.

(1) L. Colin. — Cholécystite typhoïde avec perforation. Etudes cliniques de médecine militaire, Paris, 1894, p. 187.

(2) Rillet et Barthez. — Cholécystite typhoïde au 3^e septenaire, mort au 8^e septenaire, perforation de la vésicule biliaire. Maladies des enfants, 2^e volume, p. 701. 2^e édition, 1853.

(3) Husson. — Cholécystite typhoïde. Perforation de la vésicule. Bull. Société Anatomique 1835, p. 104.

(4) Archambault. — Cholécystite typhoïde. Perforation de la vésicule. Bull. de la Société anatomique, 1852, t. XXVII, p. 90.

Ces faits sont autant d'exemples de septicémies biliaires ; toutes, sans exception, se sont terminées par la mort. Est-il donc permis d'assister de sang-froid à de tels désastres sans rien tenter ; c'est sous ce jour que doit être posée la question. Aujourd'hui, on est mieux armé contre cette chirurgie d'urgence. Rappellerai-je que l'on a traité et guéri des perforations de l'estomac, de l'appendice, etc. L'observation qui suit va nous dire ce qu'on est en droit d'attendre du traitement chirurgical :

Une malade était arrivée sans encombre à la quatrième semaine d'une fièvre typhoïde, lorsqu'une chute brusque de la température, une douleur intense dans la région hépatique, une faiblesse extrême du pouls vinrent annoncer qu'il y avait perforation. De suite on intervint et, le 1^{er} novembre 1894, M. SCHEILD (1) ouvrit l'abdomen et trouva une zone d'adhérences localisées aux environs de la vésicule biliaire. Concentrant ses recherches dans cette seule région, il découvrit que le cholécyste rouge et enflammé était le siège d'une perforation au voisinage de son col. C'est en vain que l'on tenta de suturer l'ulcération, on songea bien à une cholécystectomie, mais il fallait aller vite. Bref, on résolut de suturer les lèvres de la perforation au péritoine pariétal, puis à la peau. Comme le drainage des régions péritonéales infectées était indispensable, une nouvelle incision fut faite à cet effet. La malade guérit, grâce à cette intervention. Ce seul fait dispense de tout commentaire ; il prouve suffisamment, je crois, la raison d'être du traitement chirurgical dans les grandes septicémies biliaires.

INDICATIONS

Par l'exposé des quelques cas qui précèdent, j'ai voulu démontrer combien les cholécystites consécutives aux grands états infectieux du tube intestinal, offrent souvent une redou-

(1) Scheild. — Perforation de la vésicule biliaire consécutive à une fièvre typhoïde. Laparotomie. *Lancet*, London, 1895, 2 mars.

table gravité. Ce sont bien de véritables *septicémies* et il est certain que seule la chirurgie pourrait en prévenir, sinon en réparer les redoutables effets. Les angiocholites et les cholécystites infectieuses, *même non suppurées*, sont justiciables d'une laparotomie suivie d'une cholécystostomie, ainsi que l'a dit TERRIER. Plus que toutes les autres, celles de la fièvre typhoïde et du choléra qui ne sont pas souvent suppurées, réclameraient une intervention sanglante et n'auraient peut-être qu'à bénéficier d'un traitement opératoire. Alors, à toutes les périodes sans exception, l'intervention serait indiquée. A la première heure, elle serait capable de prévenir la perforation en drainant les voies biliaires. Dès que la perforation est achevée, il est encore temps, dans un petit nombre de cas, de circonscrire l'infection. Enfin, à la phase péritonitique confirmée, l'indication opératoire est celle de toutes les péritonites par perforation. Le grand malheur vient de ce que nos connaissances cliniques sont insuffisantes pour déceler, dès leur début, ces *septicémies* de l'arbre biliaire. Au milieu du cortège des symptômes tumultueux de la maladie causale, la manifestation cholécystique évolue sourdement, à l'insu du clinicien. C'est pendant cette phase toute première que le traitement chirurgical serait le plus efficace. Si donc, l'attention étant dirigée attentivement vers les complications possibles du côté de la vésicule, on s'applique à mieux les découvrir dès leur éclosion, si, en présence d'une infection biliaire, post-typhique ou post-cholérique qui s'annonce comme particulièrement grave, l'on intervenait au premier signal, il est certain qu'avant peu plus d'un malade devrait la vie à cette nouvelle thérapeutique. Est-il besoin d'insister sur les conséquences implacablement fatales auxquelles conduit l'abstention, dans ces formes hyperinfectieuses. Qu'on en juge par l'exemple qui suit :

SCHLIER (1) soigne d'une typhoïde grave un jeune homme de 19 ans. A la quatrième semaine se déclarent de violentes dou-

(1) Schlier, Phlegmonoese cholecystitis nach typhus. Deutsch. archiv. f. Klinl. medic. Bd XLIII, 3 et 4, p. 441.

leurs de ventre, d'abord diffuses à tout l'abdomen, puis localisées à la fosse iliaque, enfin dans la région hépatique, au niveau de la vésicule. A ces seuls signes, il est manifeste qu'il eut fallu intervenir chirurgicalement. C'est ce qui ne fut point fait, d'autant plus qu'une amélioration passagère et trompeuse semblait autoriser l'expectation. Bientôt éclata une nouvelle poussée de douleurs avec météorisme, dyspnée, fièvre, coma, qui emportent en quelques heures le malade. A l'autopsie on découvrit une suppuration sous-muqueuse de la vésicule ouverte dans la cavité cystique et, en outre, communiquant avec le premier, un deuxième foyer pyobiliaire sous-hépatique. Je veux croire que ce jeune homme eût été sauvé si l'on avait estimé que la localisation vésiculaire était un symptôme parfaitement suffisant pour légitimer une large ouverture chirurgicale. Il y aurait donc, je crois, un grand intérêt à multiplier les interventions dans les cas de ce genre. La seule contre-indication serait l'état trop avancé de la péritonite, le collapsus, le défaut de résistance du malade s'il n'est plus en état de supporter le traumatisme opératoire.

TECHNIQUE

Connaissant le siège et la marche des grandes septicémies biliaires, il devient possible de tracer les lignes de conduite, mais il n'est pas encore permis de donner la moindre règle. La conduite à tenir devra varier absolument selon la phase de l'affection.

A la première période, lorsque l'infection est encore localisée, il n'y a absolument qu'un moyen de mettre fin à l'envahissement infectieux. Par une *cholécystostomie précoce*, on drainerait, dans les meilleures conditions possibles, tout l'arbre biliaire septique. C'est une opération *locale* dirigée contre une affection encore *localisée*. La dérivation de la bile infectée vers

l'extérieur serait un excellent moyen de prévenir la perforation de la vésicule qui est peut-être en voie de formation.

Que si maintenant on intervient à la phase de *dissémination* confirmée, à la période de péritonite, le traitement chirurgical, ressource ultime sur laquelle on ne peut guère fonder grand espoir, consiste comme dans les péritonites septiques ou putrides en une *laparotomie* suivie d'abondants lavages, de drainage de la cavité péritonéale. Ainsi pratiqua LÉVINE dans une cholécystite cholérique perforante qui a été relatée plus haut. Telle est la circonstance dans laquelle on se trouvera le plus souvent appelé. Mais il se peut aussi que l'opération intervienne dès les premières heures de la perforation, alors que l'inoculation péritonéale n'est encore que partielle. C'est ce qui arriva à SCHEILD. A son exemple, on fera un choix entre plusieurs manières de faire ; elles consistent soit à fermer la perforation par une *cholécystotomie idéale*, soit à *extirper* tout le cholécyste septique, opération plus radicale mais d'une certaine durée, ou enfin de suturer les bords de la perforation à la peau, véritable *cholécystostomie* par nécessité, même d'établir une *loge* en fermant de toutes parts la grande séreuse et l'on se bornera à un drainage de toutes les régions périvésiculaires. Le chirurgien devra avant tout prendre en considération l'état des lésions et la résistance de son malade avant de se décider pour un parti. La seule règle qu'on est en droit de formuler en pareil cas, c'est que toutes ces opérations doivent être suivies d'un *drainage parfait*.

RÉSULTATS IMMÉDIATS ET ÉLOIGNÉS

Je ne puis que signaler à nouveau ici les deux résultats opératoires obtenus pour *septicémies biliaires*. L'un est un beau succès qui a sauvé le malade d'une mort certaine, c'est celui de SCHEILD. L'autre, un échec, est dû à ce que l'intervention fut trop tardive, en pleine péritonite. Il est peut-être à souhaiter que l'on intervienne plus tôt et plus souvent.

A. — SEPTICEMIES BILAIRES
Colécystites, Typhiques et Cholériques.

Numéro d'ordre	INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE	OPÉRATEUR et Date de l'Opération	SEXE	NATURE de la MALADIE Diagnostic clinique	NATURE de l'INTERVENTION	RÉSULTATS IMMÉDIATS	RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
XIII	Lancet - London 1896, Mars 2 (334-336).	Scheld, 1er novembre 1894.	F	Typhique au 4 ^e septième. Chute brusque de température, faiblesse du pouls. Douleur au niveau de l'angle droit du colon. Matité à ce niveau. Diagnostic. Péritonite par perforation.	Laparotomie - Perte - nite commençant au voisinage de la vésicule. On découvre une perforation de la vésicule. Tar, aive de cholécystorraphie. On incline ensuite vers une cholécystectomie. Finalement, sutures des bords de la vésicule à la paroi. Cholécystostomie. Incision latérale pour le drainage.	"	Guérisson.
XIV	Affections biliaires dans le choléra. Congrès des médecins Russes. Wratisch, Saint - Pétersbourg, No 3, 1894.	Lévine, 1894.	H	Attaque de choléra très intense, puis brusquement ascension thermique, ictère. Douleur cystique. Phénomène de péritonite. Diagnostic. Péritonite par perforation.	Laparotomie. On découvre un commencement de péritonite, puis une perforation de la vésicule.	Mort (péritonite).	À l'autopsie, cartilage de la membrane biliaire. Plusieurs incrustations, dont une a abouti à la perforation.

B. — LES PYÉMIES BILIAIRES

DÉFINITION

Ce terme devra être accepté dans un sens large, on ne saurait en limiter l'application aux seules cholécystites dont le contenu est purulent. Quelle que soit la grande valeur qu'il faille accorder à la constatation du pus, celui-ci ne doit plus à l'heure actuelle servir à lui seul de démarcation entre ce qui mérite ou non de prendre place dans les suppurations biliaires. C'est qu'en effet, le pus est un mode de réaction banale des tissus vis-à-vis de tel ou tel microbe infectant, mais il n'est pas le seul mode de réaction; la réaction peut être fibrineuse, fibreuse, etc. De plus il y a des cholécystites *séreuses* qui sont franchement *infectées*, c'est pourquoi un chirurgien serait exposé à commettre de grandes fautes si, impressionné avant tout par ces qualités macroscopiques de transparence, de limpidité, etc., qui ont le grand avantage de frapper la vue et d'être à la portée de tous, il se conduisait de propos délibéré comme en présence d'un liquide qu'on sait absolument stérile, tel le liquide d'un kyste hydatique ou de certains kystes de l'ovaire. A mon avis, par *pyémies biliaires*, il faut entendre non seulement toutes les cholécystites *suppurées*, mais même les cholécystites dont le contenu *séreux*, *hématique*, *puriforme*, etc., est *infecté*. J'étendrai même cette désignation à ce qu'on appelait anciennement *cholécystite chronique*, parce que ces cholécystites, reliquat d'une infection ancienne, sont en état de microbisme latent

ou même susceptibles de s'infecter à nouveau, ce qui d'ailleurs paraît fréquent, si l'on en juge par les poussées douloureuses et inflammatoires dont elles sont souvent le siège. Ainsi donc le terme de *pyémie biliaire* a une compréhension aussi vaste que celui de *suppurations pelviennes*, c'est-à-dire que dans cette classe rentrent toutes les cholécystites dites *aiguës* ou *chroniques* à contenu *séreux*, *hématique*, *séro-purulent* ou *purulent*. Voici pour moi le double élément qui doit constituer la caractéristique de cette grande classe.

D'une part, *toutes* les cholécystites dont il s'agit sont produites par des microorganismes de *moyenne virulence* dans laquelle on retrouve toute une échelle dont le dernier terme se trouve réalisé dans la cholécystite chronique parenchymateuse ou interstitielle. D'autre part, l'arbre biliaire infecté est en état de résistance et de *phagocytose*, il y a lutte des cellules et c'est le résultat de cette lutte qui se traduit soit par une exsudation séreuse, hématique ou purulente, soit par la formation de productions fibrineuses, puis fibroïdes, telles que les fausses membranes et adhérences périvésiculaires. Tels sont les composants de ce processus : *pyémie biliaire*, facteurs primordiaux dont devra s'inspirer à chaque pas la thérapeutique, si elle s'efforce d'être raisonnée et si, tenant compte des causes premières, elle aspire à devenir la seule et vraie thérapeutique, c'est-à-dire la thérapeutique pathogénique.

De même que dans les *septicémies biliaires* il ne paraît pas y avoir de *microbe spécifique*, bien que ces septicémies surviennent comme complication de maladies produites elles-mêmes par un élément spécifique, de même les *pyohémies biliaires* sont *fonction de bactéries variées*, non seulement de microbes *pyogènes* vulgaires, mais même de microbes *spécifiques* comme le bacille d'EBERTH. Autrement dit, une même cholécystite suppurée peut être engendrée indifféremment par des microbes vulgaires, des streptocoques, staphylocoques, ou *bacterium coli* ou même par des microbes spéciaux, le bacille d'EBERTH ; de même que chacun de ces microbes, isolé ou associé, peut

produire une cholécystite interstitielle, une cholécystite séreuse ou une cholécystite purulente. Ce qui importe, c'est moins la présence de tel ou tel agent pathogène que le *degré de virulence* de ce microorganisme. Je crois prématuré de décrire isolément, à l'exemple de DOMINICI, les cholécystites staphylococciennes, les streptococciennes, les pneumococciennes, etc. Cette dernière classification, plus scientifique en apparence, est peut-être avantageuse au point de vue de la microbiologie pure, mais ce n'est là qu'un côté auquel on donne le pas au détriment des autres, qui, par suite, ne répond pas à des types définis soit dans leurs lésions, soit dans leurs symptômes. On retrouve ici le défaut de toutes les grandes systématisations si précieuses dans les sciences exactes, mais dont les sciences biologiques ne s'accommodent qu'à demi. A ranger ainsi les faits dans des cadres rigides préalablement classés, l'esprit trouve sa pleine satisfaction, mais tout de suite il arrive qu'en pratique la majorité des cas sont mixtes et sont à cheval sur l'un ou l'autre groupe. Telle cholécystite est produite à la fois par des staphylocoques et des streptocoques combinés, s'en suit-il que l'on doive retrouver associés les caractères anatomiques et cliniques propres à chacune de ces espèces pathogènes réunies ici en symbiose. Je serai peut-être tenté de faire une réserve pour la cholécystite pneumococcique si l'on arrive à démontrer que la suppuration biliaire à pneumocoques offre, comme les pleurésies purulentes à pneumocoques, des caractères anatomiques cliniques, et un pronostic bien tranchés. Pour le reste, les cholécystites dites suppurées seront ici maintenues en bloc. Elles sont engendrées selon la fréquence approximative par le *bacterium coli* d'ESCHERISCH, si souvent retrouvé dans les suppurations biliaires que MM. GILBERT et GIRODE, je l'ai déjà dit, l'ont déclaré en 1891, le *grand parasite des infections biliaires*. Vient ensuite le bacille d'EBERTH, qui figure maintenant dans ce chapitre non plus comme élément septique, mais comme *pyogène*. Puis le streptocoque, le staphylocoque aureus et albus, enfin le pneumocoque qui, dans le seul cas de

KLEMPERER, que DOMINICI range comme cholécystite pneumococcique, était associé au streptocoque.

Pour terminer, je dois la confirmation de l'assertion avancée plus haut, à savoir que certaines cholécystites suppurées sont bactériologiquement stériles, et qu'en revanche il est des cholécystites séreuses dont le contenu est infectieux. En 1892, M. GIRODE, examinant le pus dans un cas de cholécystite calculeuse cholécystotomisée par M. TUFFIER, ne trouvait aucun microbe. De ce fait, M. TUFFIER (1) rapprochait une autre de ces observations. Dans celle-ci il y eut chute d'un calcul dans le péritoine. Son extraction donna lieu à de grands déplacements; et, comme le dit l'auteur, il n'y a aucun doute sur l'issue d'un pareil accident si le pus, dont le calcul était couvert, eût été virulent. Aussi M. TUFFIER pense que certaines suppurations des voies biliaires peuvent être comparées aux collections hépatiques au point de vue de la stérilité. De ces deux faits, on ne peut guère retenir que le premier puisqu'il est rigoureusement étudié; en voici un second: En décembre 1894, j'aiensemencé sur tous les milieux usuels du pus provenant d'une vésicule biliaire pleine de pus enlevée par cholécystectomie. Tous mes ensemencements restèrent stériles; il s'agissait d'une cholécystite de vieille date, mais franchement purulente. C'est sur ces deux constatations négatives que je m'appuie pour déclarer que la stérilité des suppurations biliaires est démontrée. J'ajouterai seulement que ceci n'est particulier ni au foie ni aux voies biliaires.

De 38 cas d'abcès du foie (dont un personnel), que j'ai réunis ailleurs (2), tous bactériologiquement aseptiques, on pourrait rapprocher un grand nombre de collections suppurées des trompes à pus stérile dont je possède pour ma part 7 cas, des abcès du cerveau, etc., autant de faits qui semblent démontrer que

(1) Tuffier. — Bulletins de la Société de chirurgie, XVIII, p. 569.

(2) Longuet. Stérilité dans le pus des abcès du foie — Presse médicale, 16 mars 1895.

toutes les collections purulentes splanchniques sont privées de germes lorsqu'elles sont anciennes.

Enfin, il est des cholécystites *séreuses* dont le contenu est *infectieux*. Les documents font défaut pour donner de ce fait la démonstration, mais c'est l'impression que j'ai eue en cultivant une bile pure et limpide, quelque peu séreuse, qui s'écoulait d'une fistule biliaire. Les cultures se montrèrent toutes riches en bactéries et le liquide, d'une belle limpidité, était parfaitement infecté. On a le droit de penser, que dans ce cas, l'infection s'était produite par l'extérieur. Néanmoins, comme il y avait une grande prédominance du bacille *pyocyanique*, parasite habituel de l'intestin, j'incline fortement à penser que cette bactérie était venue, non du dehors, mais bien du déodénum en ascensionnant les voies biliaires.

Nota. — Je viens d'examiner (26 janvier 1896), le liquide d'un kyste hydatique légèrement teinté de bile, opéré récemment par mon maître M. Quénu. La malade avait de la fièvre depuis quelques jours. Le liquide, jaunâtre, était rempli de *bacterium coli*, quoique non purulent.

Quoiqu'il en soit, la seule conclusion prudente et pratique qu'il faut tirer de cette longue énumération de faits, c'est que, au point de vue de la thérapeutique chirurgicale, toutes les *pyémies biliaires*, quelle que soit leur qualité macroscopique, séreuse, fibreuse ou purulente, seront sans exception tenues pour infectieuses, car si quelques-unes d'entre elles qui constituent l'immense exception sont bactériologiquement aseptiques, elles n'en sont pas moins en état de microbisme latent et susceptibles d'un réveil d'infection sous l'influence d'une cause comme le traumatisme opératoire. C'est là ce que je voulais avant tout démontrer, pièce en mains.

I. — PARACHOLÉCYSTITES

Sans craindre l'épanchement, on peut ouvrir si la nécessité le requiert, car il ne faut pas attendre que la nature fasse toujours des miracles. Il est vrai qu'elle les commence, puisque c'est elle qui procure les adhérences.

J.-L. PETIT.

DÉFINITION. — NATURE

Le groupe des *paracholécystites* réunit des cas de suppurations du plafond de l'abdomen ayant comme point de départ une infection de la vésicule biliaire. Par continuité de proche en proche, l'infection se transporte du cholécyste vers les régions péritonéales périvésiculaires, où elle établit son quartier général. Des adhérences et fausses membranes protectrices indiquent le pus en même temps qu'elles ferment la grande séreuse. De ce centre juxta-vésiculaire, foyer principal, l'abcès migrateur évolue vers de lointaines distances, disséquant, détruisant, ulcérant tout ce qui lui fait obstacle dans sa marche extensive. Bien que l'infection première réside dans l'arbre biliaire, les localisations secondaires paravésiculaires, par l'importance extrême qu'elles acquièrent, passent au premier rang dans la scène clinique et c'est contre elles seules que doit être dirigé le traitement.

Le cholécyste septique est à ces abcès paracholécystiques ce qu'est l'appendice aux phlegmons de la fosse iliaque, ce qu'est la trompe à certains phlegmons de la gaine hypogastrique, c'est-à-dire qu'il constitue le premier anneau de la

chaîne infectieuse pour le présent, la source future de poussées successives, « *l'épine inflammatoire* » d'abcès réchauffés pour l'avenir. Par leur nature, les *paracholécystites* ne diffèrent nullement de la *cholécystite* à laquelle elles succèdent et qu'elles compliquent, les suppurations en question indiquent seulement que l'infection de l'arbre biliaire — virulente à un haut degré, mais à un degré moindre que dans les septicémies — a franchi la paroi de la vésicule, soit par perforation, soit par propagation. Par leurs caractères anatomiques, les *paracholécystites* sont remarquables et par l'existence d'une ou plusieurs *poches principales juxta-vésiculaires* d'où partent de longs et de vastes diverticules, et par un contenu gangréneux, purulent, séreux, fibroïde, selon l'intensité de l'infection. La poche ou « membrane pyogénique » est tout entière une paroi d'emprunt que lui forment les viscères creux, comme le côlon, le duodénum ; les viscères pleins, comme le rein, le foie, le péritoine, c'est-à-dire qu'elle est constituée par des fausses membranes molles et glutineuses lorsqu'elles sont jeunes, dures et inextricables lorsqu'elles sont anciennes. Pareille texture signifie évidemment que cette poche limitante est le plus souvent *inextirpable*. Les diverticules sont nombreux, variables dans leurs formes, leurs dimensions ; d'une manière générale, on peut les classer en quatre *types* principaux, sur leur siège et leur orientation : Les uns, *antérieurs et inférieurs*, envahissent la paroi abdominale du flanc et de l'hypocondre droit à laquelle ils adhèrent formant avec elle de véritables *plastrons* dont le terme ultime est la création spontanée d'une *fistule pyobiliaire*. Ils sont depuis longtemps désignés sous le nom de *phlegmons biliaires*. D'autres, remontant sur la face supérieure du foie, se développent entre le diaphragme et les fausses côtes d'une part, le foie d'autre part ; le ligament suspenseur les limite à gauche, le coronaire et le triangulaire leur servent de barrière à droite. Ce sont les *antéro-supérieurs*.¹ Si, dans cette évolution sus-hépatique, ils continuent leur marche jusqu'à la paroi postérieure de l'abdomen, cheminant toujours entre foie et diaphragme, ils deviennent

postéro-supérieurs. Enfin les *postéro-inférieurs* sont ceux qui quittent le plafond de la cavité abdominale pour gagner la paroi postérieure de l'abdomen, les régions rénales et lombaires.

Le contenu est variable, tantôt gangréneux avec ou sans gaz. Il faut savoir que la constatation de bulles gazeuses n'est pas du tout l'indice certain d'une communication avec le tube digestif ou avec le poumon à travers le diaphragme. Le fait doit être mis sur le compte de la fermentation putride produite par le *bacterium coli* ou par des bacilles de putréfaction. Certaines races de *coli* sont absolument capables de donner lieu à des suppurations à la fois sphacéloïdes et gazeuses. Ailleurs le contenu est purulent ou séro-purulent lorsqu'il renferme surtout des microbes plus spécialement pyogènes comme le streptocoque et le staphylocoque. Il est pyo-biliaire si la bile se mêle au pus. Enfin, si le contenu est ancien, il devient séreux par une sorte de « clarification du pus. » Il n'est pas rare non plus que le liquide ait complètement disparu, laissant vides de véritables alvéoles constitués par une foule de travées fibreuses qui soudent puissamment entre eux tous les viscères de la moitié droite de l'étage supérieur de l'abdomen fusionnés en une sorte de gangue scléreuse, véritable *cellulite péri-cholécystienne*.

HISTOIRE

Il faudrait remonter à J. L. PETIT pour retrouver la description des premières suppurations paravésiculaires. Elles paraissent avoir été connues de tout temps et cela sous des noms divers. Plus près de nous, elles ont été englobées dans les *pyopneumothorax sous-phréniques* de LEYDEN, PFUHL, LANGER, SMITH, etc. (1). Après l'ulcère simple du duodénum, ces collections reconnaissent en seconde ligne de fréquence les infections de la vésicule biliaire. SCHEURLÉN, le premier, fit cette remar-

(1) In. Maclaure. Abscess sous-phréniques. Revue générale. Gazette des hôpitaux, 1895.

que que la perforation de ces viscères est loin d'être obligatoire, qu'elle ne fut rencontrée que dans un petit nombre de cas, ce qui porte à donner à ces collections une origine purement microbienne. »

En l'ère chirurgicale actuelle, ces *paracholécystites disséquantes* ont perdu énormément de leur intérêt. Elles se raréfient heureusement au fur et à mesure que la thérapeutique devient plus hâtive et plus active.

Je ne leur consacrerai ici qu'une place toute minime pour les raisons qui suivent. Malgré la richesse de faits de ce genre, ceux-ci remontent tous à une période où toutes ces suppurations ont été mises, sans exception, sur le compte de la lithiase biliaire. Partout on déclare de parti pris, qu'à l'origine de ces abcès il y a un calcul, même dans les cas où le calcul n'a pu être trouvé par toutes les investigations habituelles. L'heure n'était pas encore venue de parler d'*angiocholécystites non calculeuses*. En outre, les *paracholécystites* consécutives à la lithiase ne paraissent différer en rien des *paracholécystites non calculeuses*, elles offrent les mêmes lésions, se manifestent en clinique par les mêmes signes, sont justiciables du même traitement.

C'est pourquoi j'ai cru absolument inutile et sans intérêt d'exhumer des documents anciens prêtant tous plus ou moins à discussion. Néanmoins il est évident que dans une étude des infections biliaires non calculeuses, les *paracholécystites* ont leur place toute marquée pour que je les passe entièrement sous silence. Je me bornerai, par trois exemples, à prouver qu'il y a bien des *paracholécystites non calculeuses* comme il existe des *paracholécystites calculeuses*. Une femme de 71 ans présente une tuméfaction fluctuante dans la région de la vésicule biliaire avec frissons, fièvre, etc. On ponctionne à plusieurs reprises cette collection qu'on reconnaît formée par de la sérosité purulente. Après trois ponctions successives à quelque temps d'intervalle, la canule est laissée à demeure, ce qui amène une amélioration de l'état local. Par la canule

on pratiqua, au dire de CHAUDRON (1) qui relate ce fait, un cathétérisme qui démontra sur une grande longueur la perméabilité des voies biliaires et l'absence de tout calcul. ARCHAMBAULT relata aussi une observation de cholécystite simple et suppurée ayant donné lieu à un abcès sus-hépatique. En 1884, ROSE (2) opéra un homme atteint d'un pyopneumothorax et d'un phlegmon de la paroi thoracique consécutif à la rupture d'un abcès de la vésicule biliaire dans la poitrine. Après avoir réséqué la septième côte droite et débarrassé par des lavages le cul-de-sac pleural droit du pus, des gaz et de la bile qu'il contenait, ce chirurgien trouva un trajet fistuleux, accessible au doigt qui en contournant le foie arrivait dans la vésicule biliaire. Le cathétérisme n'ayant révélé aucun obstacle dans les voies biliaires, ROSE se borna à introduire un double drain dans la cage thoracique et un drain dans la vésicule biliaire. La guérison fut contrariée par un phlegmon du sternum et d'une périchondrite; l'ouverture étant insuffisante et le liquide pyobiliaire s'étant infiltré vers le côté gauche, il fallut, à quelque temps de là, réséquer de ce côté gauche cinq fragments de cartilages nécrosés ayant une longueur totale de 25 centimètres. Il serait facile de trouver d'autres cas analogues.

INDICATIONS

L'âge des caustiques, des pâtes de Vienne et autres a vécu. Il serait donc puéril de se demander si les *paracholécystites* doivent être confiées à la thérapeutique chirurgicale. C'est à peine si j'aurais soulevé cette question, si je n'avais pris connaissance d'observation de vastes collections des mêmes régions dans lesquelles, tout récemment encore, leurs auteurs ont obtenu merveille de ponctions aspiratrices. Sans vouloir nier,

(1) Chaudron. — Contribution à l'étude des fistules biliaires externes. Thèse de Paris 1878.

(2) Rose. — Studien zur conservationem chirurgie des gallenblase. Berlin, Klin. Wochens., n° 46, p. 1072, 17 novembre 1890.

en quoique ce soit, la valeur de cette thérapeutique, il est certain qu'elle ne peut convenir qu'à un petit nombre restreint d'abcès peu étendus. La règle reste celle de toutes les grandes collections suppurées, il faut ouvrir.

TECHNIQUE

Sans m'attarder à discuter si la guérison est possible par ponctions aspiratrices suivies ou non d'injections modificatrices, je dirai qu'à sa phase confirmée, la *paracholécystite* n'est justiciable que d'un traitement *palliatif*. Il consiste en la large ouverture des foyers purulents, intervention simple et de première nécessité. La conduite à tenir est exactement celle qui est indiquée dans les abcès de la fosse iliaque d'origine appendiculaire. Mais cette intervention *palliative* doit elle-même varier selon les cas : Les abcès *antéro-inférieurs* s'évacuent par une incision dans le flanc. Les *antéro-supérieurs* ne seront bien ouverts et drainés qu'au prix d'une thoracotomie, selon le précepte de LANNELONGUE. Ainsi firent TILLMANNS, SCHEURLÉN, HERLICH, MACKENZIE, CAYLEY, SCHENCK, MONASTYRKI, etc., pour des abcès du plafond de l'abdomen. Le cas de ROSE, signalé plus haut, est un type pur de *paracholécystite suppurée non calculieuse* à évolution antéro-supérieure. Ce fait nous fournit un double enseignement, il nous indique d'abord quelle nécessité il y a d'opérer, et il nous montre à quels dangers on s'expose lorsqu'on craint de faire un large sacrifice.

Les *postéro-supérieurs* seront abordés avec fruit par la voie transpleuropéritonéale d'ISRAËL et SEGOND. Quant aux *postéro-inférieurs* ils ressortissent à la voie lombaire, selon la pratique de VILLARET, de NOWACK, etc., de sorte que l'on entrevoit ici une nouvelle application de la voie lombaire par laquelle

WRIGHT (1), NEARS (2), REBOUL (3), abordèrent la vésicule biliaire distendue et dont l'étude vient d'être reprise par M. TUFFIER (4).

Toutes ces interventions n'ont d'autre but que d'être purement évacuatrices ; elles laissent en place le premier de tous les foyers, l'*abcès intracholécystique*. Faut-il faire plus, aller à la source première de l'infection, inciser ou extirper la vésicule septique, faire une opération radicale ? Pour ma part, je considérerai cette conduite comme peu recommandable et seulement permise dans le cas où le cholécyste se présente de lui-même et se trouve sous la main. La présence de la vésicule nageant dans le pus, enflammée ou perforée, devient accessible ainsi que l'a déclaré LANGENBUCH (5).

Il suffira de la débrider, de la mettre au net par des irrigations antiseptiques. Toute tentative de recherche de la vésicule doit être absolument proscrite, sous peine de causer de graves désordres, de rompre des adhérences salutaires insuffisamment organisées, d'ensemencer la grande séreuse, enfin de tuer le malade par péritonite. Là ne sera peut-être pas l'avis de tous, si l'on en juge par certaines discussions encore récentes, concernant les pérityphlites. Certains opérateurs, en grande minorité à l'heure actuelle vont, comme on le sait, de propos délibéré à la recherche de la lésion première et extirpent toujours l'appendice. Sans trop forcer le rapprochement, on peut dire que les conditions sont à peu près les mêmes pour les *cholécystites* avec *abcès paracholécystien*. Je crois donc qu'en la phase de pleine suppuration, les malades auront grand bénéfice à conserver leur cholécyste septique.

Un chirurgien qui croirait la partie gagnée parce qu'il a largement drainé un abcès juxta-vésiculaire, ferait preuve d'une

(1) Wright. — Lancet, 28 mars 1885, p. 563.

(2) Nears. — Annals of surgery 1890, volume X, p. 241.

(3) Reboul. — Bulletin et mémoire de la société de chirurgie, séance du 22 mai 1895

(4) Tuffier. — Bulletin Société chirurgie, séance du 15 mai 1895, et Semaine médicale du 22 mai 1895, p. 233.

(5) Langenbuch. — Berlin. Klin. Wochenschrift, n° 5, p. 100, 5 février 1890.

regrettable quiétude d'esprit et considérerait à grand tort sa tâche comme terminée.

Ce n'est pas tout de mettre obstacle à la marche envahissante d'un phlegmon en l'ouvrant largement, ce n'est pas tout de prévenir ainsi certaines complications comme la phlébite, l'infection purulente, il faut encore compter avec les suites, et s'attendre à quelque déboire. En admettant que la guérison s'obtienne sans fistule, que la vaste brèche bien tamponnée se comble progressivement et régulièrement du fond vers la périphérie, la cure n'est pas encore définitive. Le premier orage calmé, bientôt éclatent des poussées nouvelles, réveil d'inflammation, bientôt l'affection prendra une tournure à répétition. C'est qu'en effet la vésicule biliaire, on ne devra pas l'oublier, une fois devenue septique, a bien des chances de rester septique, conservant avec le milieu duodénal de fâcheuses relations qui menacent à chaque instant de perpétuer un état subinflammatoire de ses tissus. C'est alors et alors seulement que devra se discuter la question de la « *cholécystectomie secondaire* ». Pour ces cas, je ne ferai que me conformer aux préceptes de mon maître QUÉNU, relatifs à l'appendicite, en pratiquant à froid et en pleine phase d'accalmie une extirpation du cholécyste. Cette *cholécystectomie secondaire* ne trouve son indication que s'il subsiste des symptômes locaux et des récidives, véritables paracholécystites à répétition. Ce sont là de simples réflexions qui ne sont peut-être pas déplacées dans un sujet si nouveau et de si grande importance : les *grandes suppurations biliaires*.

RÉSULTATS

Les suppurations paravésiculaires, abandonnées à elles-mêmes, ont la plus grande tendance à devenir chroniques, sans parler des complications mortelles qu'elles peuvent déterminer. Les résultats opératoires seront donc d'autant meilleurs que

l'on interviendra plus tôt. Toutefois, même s'il en est ainsi, il faudra réserver le pronostic opératoire, non pas tant au point de vue de la vie du malade qu'au point de vue de la persistance possible de trajets fistuleux. Sans mettre les choses au pire, ces suppurations devenues chroniques sont intarissables, d'après ce que j'ai lu. Le pus stagne et croupit dans des clapiers profonds et tortueux, l'évacuation complète est difficile et la rigidité des parois peu propre à la guérison.

B. — PYEMIES BILIAIRES

1. Paracholécystites (non calculeuses) suppurées ou fibreuses.

Numéro d'ordre	INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE	OPÉRATEUR et date de l'opération	SEXE	NATURE de la MALADIE Diagnostic clinique	NATURE de l'INTERVENTION	RÉSULTATS IMMÉDIATS	RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
XV	Berliner Klinische Wochenschrift, No 46, p. 1072, 17 Novembre 1890.	Rose, 1884.	H	Pyopneumothorax et phlegmon de la paroi thoracique, consécutif à un empyème de la vésicule (non calculeux).	Réssection de la 7 ^{me} côte. Lavage, drainage du cul de sac pleural. On découvre un trajet menant dans la vésicule. Catétherisme de celle-ci. Pas de calcul. Double drain dans la vésicule et la cage thoracique.	Ouverture insuffisante. Phlegmon du sternum. <i>Phlegmon</i> . Infiltration de bile septique vers la plèvre gauche, névroses de plusieurs côtes gauches. Résection de cinq fragments de cartilages nécrosés de ce côté, ayant une largeur totale de 25 centimètres.	Guérison très rapide à la suite de toutes les complications précédentes dues à l'insuffisance de la première opération.

II. — PÉRICHOLÉCYSTITES

« Le plus souvent, la matière bilieuse retenue dans la vésicule y est causée par sa quantité, son séjour, son acrimonie, une inflammation qui se propage à la membrane du foie, au péritoine et aux parties voisines, lesquelles contractent des adhérences avec la vésicule... Cette inflammation se termine quelquefois par un abcès dont les suites sont dangereuses. » BOYER.

DÉFINITION — NATURE

Les *péricholécystites* diffèrent des *paracholécystites* en ce que la lésion principale, engendrée par une infection d'intensité moindre, reste tout entière cantonnée au pourtour de la vésicule biliaire, avec laquelle elle conserve d'intimes connexions. Certes, on pourrait discuter sur la valeur de ces mots; dire que les *paracholécystites* ne sont en somme que des *péricholécystites* propagées à distance, dire qu'il n'y a là qu'une seule et même affection avec un degré de plus dans la virulence, et l'on ne conçoit peut-être pas bien la nécessité d'une division en deux groupes, puisqu'entreux il n'existe aucune frontière bien marquée. Toutefois, cette distinction n'est pas aussi subtile qu'on le penserait volontiers et, pour la justifier, je dirai seulement que les *péricholécystites non calculeuses*, les seules dont il est question ici, sont justiciables d'une thérapeutique absolument spéciale qui ne convient ni aux *paracholécystites*, ni même aux *péricholécystites calculeuses*.

A cette considération capitale, j'ajouterai cette donnée anatomique que la lésion est d'habitude *juxta-vésiculaire*, qu'enfin, la cause qui l'engendre est une *infection atténuée*. Je vois ici une différenciation de même ordre que celle qui sépare certaines suppurations péri-appendiculaires, dites les unes *pérityphlites*, d'une part, les autres *phlegmons de la fosse iliaque* ou *paratyphlites*, d'autre part. Dans les premières, la collection reste *intrapéritonéale* ; elle est au contraire *accessoirement* péritonéale et surtout développée dans le tissu cellulaire dans les secondes. Pour ces dernières, OPPOLZER avait proposé, il y a longtemps, le terme de *paratyphlite* en opposition avec celui de *pérityphlite*, ce dernier ne devant s'appliquer qu'aux seules inflammations intrapéritonéales. Les mots n'ayant donc d'autre signification que celle qu'on veut bien leur accorder, je crois commode de décrire à part les stades de *paracholécystites* et ceux de *péricholécystites*.

Les *péricholécystites* dans leurs lésions macroscopiques peuvent être *suppurées* ou *fibreuses*, selon l'intensité de l'infection. Sur les premières je m'étendrai peu parce que les beaux exemples qui existent appartiennent surtout à la *péricholécystite suppurée calculeuse*. Cependant il serait injuste de ne pas rapporter ici un cas fort connu et à juste titre resté célèbre parce qu'il souleva une importante question de priorité ; c'est celui de BROWNN. Ce chirurgien passa, comme on le sait, aux yeux de quelques auteurs, pour avoir le premier pratiqué la *cholécystotomie*. D'autres, contestant absolument le fait, déclarent que la *cholécystotomie* est l'opération de MARION SIMS. Or, si l'on parcourt l'observation de BROWNN relatée par lui, on remarquera que BROWNN n'a nullement réalisé la première cholécystostomie. Comment l'eût-il fait, puisque au cours de son intervention, il ne découvrit même pas la vésicule biliaire. Toutefois, avant d'opérer sa malade, il aurait, si l'on en croit les réflexions annexées à ce document, conçu le plan d'aboucher le cholécyste à la peau, de créer une fistule cutanée, afin « de réaliser le meilleur résultat dont la nature fût capable ». Il faut croire que la nature devait intervenir quand même ; la vésicule n'ayant

été ni découverte, ni incisée, le ventre fut refermé et bientôt on assista à une légère infection de la plaie, infection qui se termina par la création spontanée d'une fistule biliaire. C'est ainsi que cette infection fut la bienvenue, car elle acheva l'œuvre du chirurgien et se chargea d'ouvrir la bouche cystobiliaire restée à l'état de projet. Mais laissons de côté cette question, voici qui est d'un intérêt plus grand. Discutant l'affection à laquelle il eut affaire, BROWNN pensa qu'il s'agissait d'une *péricholécystite suppurée sans relation avec la lithiase*.

Le pus de cette *péricholécystite* fut reconnu à l'aide d'une simple ponction, c'est-à-dire que ce cas mémorable serait précisément un exemple d'inflammation péritonéale suppurée juxta-vésiculaire sans calcul. A cette phase suppurée succéda, selon BROWNN, un travail de *péricholécystite fibreuse* également non calculeuse. Cette dernière seule fut découverte pendant l'opération ; c'est elle que ce chirurgien traita par la rupture avec le doigt de nombreuses adhérences sans ouvrir la vésicule qui resta toujours introuvable, c'est enfin à la manœuvre de rupture digitale des fausses membranes que l'opérateur attribua la complète guérison de sa malade. En somme, dans ce cas un peu bien complexe, on peut facilement reconnaître deux choses. D'une part, l'auteur entrevit l'existence de deux lésions distinctes : la *péricholécystite suppurée* et la *péricholécystite fibreuse* ; d'autre part il songea au cours de son opération, un peu par nécessité, car il n'avait rien à faire sur la vésicule qu'il ne trouvait pas, à borner sa thérapeutique à la *simple destruction des adhérences*, sans manœuvre complémentaire. Très sage conduite cependant qui mérite, ainsi que j'espère le démontrer bientôt, d'être considérée comme le traitement de choix de la *péricholécystite fibreuse sans calcul*. En cela BROWNN est le véritable promoteur de la méthode de FRAENKEL-SENDLER, qui sera étudiée plus loin. Mais voici un autre exemple mieux observé de *péricholécystite suppurée non calculeuse*, car il a été vérifié pendant

et après la vie. NORMAN NOORE (1) nous le raconte ainsi : Sous l'apparence d'une obstruction intestinale, un homme de 67 ans est laparotomisé; on a l'espoir d'arriver sur un obstacle au cours des matières. On découvre une collection de pus mêlé de bile, sous le lobe droit du foie et limitée par des adhérences de nouvelle formation. Les parties saines du péritoine furent sans doute contaminées, car le malade succombait quelques jours après d'une péritonite suraiguë. A l'autopsie, inflammation et ulcération de la muqueuse vésiculaire, pus et mucus dans son intérieur, perforation au niveau du fond du cholécyste communiquant avec la collection. Pas plus de calcul à l'examen nécropsique que pendant l'opération. Je m'en tiendrai à ces deux seules observations, ayant seulement voulu démontrer qu'il existe bien des *péricholécystites suppurées n'ayant rien à voir avec la lithiase*. J'ai hâte d'arriver à la *péricholécystite fibreuse non calculeuse*; cette dernière en effet prête à de longues considérations car elle constitue un des chapitres les mieux délimités dans l'étude des infections biliaires non calculeuses.

Anatomiquement, ce qui frappe surtout dans cette dernière, c'est la formation d'*adhérences* pathologiques qui sillonnent en tous sens les régions juxta-vésiculaires; larges et membrani-formes ou minces et grêles — il a été déjà dit plus haut combien ces dernières sont plus spécialement douloureuses — ces adhérences ne manquent jamais.

Cliniquement, la grande particularité de cette affection c'est qu'elle revêt chez le malade le masque de la *colique hépatique*, avec cette distinction que jamais on ne retrouve de calcul dans les selles; c'est là le seul élément différentiel au lit du malade. Crises douloureuses, apyrétiques, intermittentes, survenant par accès et par attaques, avec ou sans subictère pendant les jours qui suivent l'attaque, rien ne manque chez ces *pseudo-calculeux*. Et c'est seulement lorsqu'on les opère, c'est seulement lors-

(1) Norman Noore. — Perforation non calculense de la vésicule biliaire. Société patholog. de Londres, séance du 16 décembre 1890.

qu'après la mort on explore attentivement les voies biliaires et tout l'intestin qu'on s'aperçoit de l'absence de tout gravier et qu'on trouve pour toute lésion un cholécyste enflammé, encerclé d'épaisses adhérences. Jamais on n'a constaté de calcul pendant l'observation du malade, et on peut presque affirmer qu'il n'y en a jamais eu. Que faire pour ces patients torturés ? Ni une cure à Carlsbad, ni un traitement médical ne purent rien pour eux. Le traitement qui leur convient est uniquement un traitement chirurgical, l'opération qui les sauvera est celle de FRAENCKEL-LENDLER.

HISTOIRE

Aux premiers âges de la cure chirurgicale des maladies biliaires, il a fallu apprendre à connaître les *péricholécystites* ; plus tard seulement on songea à les traiter radicalement par la section des brides douloureuses et on guérit les patients. Je distinguerai donc dans cette histoire deux phases : la première s'étend de 1882 à 1892 ; la seconde, de 1892 à nos jours.

Première période de 1882 à 1892. — Pendant un cycle de dix ans, les interventions se distancent à de longs intervalles, et personne, sauf THORNTON, n'accorde à la lésion péricystique sa valeur réelle. En tête de cette phase d'incertitude, se trouvent les noms de KEEN et MUSSER. Le 3 mai 1882, ces chirurgiens opérant un faux calculieux ictérique et sujet à de fréquentes pseudo-coliques hépatiques avec distension vésiculaire, découvrirent à l'ouverture du ventre un magma d'adhérences périvésiculaires qui avait été pris pour la vésicule distendue ; de calcul, pas la moindre trace. En présence de cette complication inattendue, on décida de refermer tout simplement le ventre. Le malade guérit, non sans avoir inspiré quelques craintes et après avoir été quelque peu infecté comme l'indique la suppuration qui se

déclara dans la région opératoire. Malgré la persistance du magma périvésiculaire, l'ictère se mit à diminuer, les douleurs à disparaître. Ce que l'observation ne nous dit pas, mais ce qu'il est permis de penser, c'est que les manœuvres exploratrices amenèrent quelque changement dans l'état local ; avec cela il devient facile d'expliquer l'amélioration. PÉAN, en 1885, eut affaire à un cas du même genre. La vésicule était entourée d'adhérences épiploïques épaisses qui l'englobaient en totalité. On disséqua très laborieusement ces brides fibreuses ; la malade mourut d'inanition le neuvième jour. En 1886, THORNTON crut aussi se trouver en présence d'une cholécystite calculieuse, étant données les nombreuses crises de coliques hépatiques antérieures de la malade. Il ne trouva, malgré un très soigneux examen, qu'une masse d'adhérences. Pensant alors qu'une de ces brides acculée au fond de la vésicule biliaire pouvait être la seule cause de tous ces maux, il disséqua ce qui lui fut possible, sans ouvrir la vésicule.

La guérison fut merveilleuse ; plus de douleurs par la suite. Ainsi fut entrevu pour la première fois le rôle des péritonites périvésiculaires comme facteur douleurs. Dans un cas d'appendice linguiforme diagnostiqué et opéré par RIEDEL en 1888, ce chirurgien trouva des adhérences reliant l'appendice et le fond de la vésicule à la paroi abdominale qui furent réséquées. Les suites de cette laparotomie exploratrice furent marquées par la disparition de toute les douleurs. En 1891, une malade analogue fut opérée par M. TERRILLON, qui trouva une vésicule épaisse et chroniquement enflammée, englobée au niveau du hile dans un épaissement manifeste de tissu fibreux auquel on ne toucha pas. Pour toute intervention, on se contenta de vider la vésicule de son contenu par aspiration. Par la suite, la patiente vit reparaitre ses crises douloureuses, ce qui n'étonnera pas, puisqu'elle avait conservé ses adhérences. Enfin, BÖCKEL, en 1892, ne parvint à découvrir, chez une femme ictérique, mais n'ayant jamais eu de coliques hépatiques ni d'élimination de calcul dans les selles, ni vésicule, ni calcul,

mais seulement des adhérences épiploïques très serrées, la plupart très vasculaires, qui furent décollées. Je ne sais si quelques-unes de ces adhérences furent laissées en place, mais la malade continua à souffrir de douleurs à forme de coliques hépatiques, bien qu'il n'y ait jamais eu de calcul.

Deuxième période 1882-1895. — Ces faits demeurèrent isolés ; personne n'en tira profit. FRAENKEL inaugure une période nouvelle en insistant sur l'enseignement qu'on est en droit de tirer des *péricholécystites fibreuses*. Coup sur coup, il assista GERSUNY dans deux opérations de malades qui étaient des types parfaits de *faux calculeux*, avec coliques, avec ictère. Dans chacun de ces cas, après s'être assuré de l'absence de calcul, le chirurgien se borna à détruire des adhérences péri-vésiculaires.

Le résultat fut excellent, aussi l'auteur déclare que le seul traitement applicable à cette affection simulatrice de la lithiasie est la *laparotomie suivie de la destruction des adhérences sans ouvrir les voies biliaires*. C'est ce que fit KNAGGS l'année suivante et avec un succès complet. SENDLER va plus loin ; il diagnostiqua, avec quelques réserves toutefois, l'existence d'adhérences péritonéales juxta-vésiculaires chez un malade qu'il opéra le 3 mai 1894. L'opération vint montrer qu'il avait parfaitement raison, pas de calcul. L'acte opératoire consista en dissection des adhérences, libération de la vésicule qui ne fut pas ouverte. Cessation de toutes douleurs dès le jour même de l'opération.

En résumé, la *péricholécystite fibreuse*, véritable trouvaille opératoire, méconnue par la plupart des chirurgiens qui précèdent, a pris de l'importance le jour où FRAENKEL, puis SENDLER attirèrent l'attention sur le syndrome douloureux et ictérique auquel elle donne lieu. Je désignerai sous le nom de FRAENKEL-SENDLER l'intervention qui est spéciale à la *péricholécystite fibreuse et non calculeuse* ; opération de FRAENKEL, parce que cet auteur a déclaré le premier que ces lésions sont justiciables d'une intervention chirurgicale consistant en la simple

libération des adhérences sans ouvrir les voies biliaires; opération de SENDLER parce que celui-ci diagnostiqua et opéra le premier, à la manière de FRAENDEL, un malade atteint de *péricholécystite fibreuse non calculeuse*.

INDICATIONS

Tous les malades dont l'histoire vient d'être brièvement exposée avaient épuisé toutes les ressources médicales; c'est en vain qu'on avait essayé chez quelques-uns les remèdes les plus efficaces, y compris les cures à Carlsbad, l'affection devenait intolérable. Il faut, dit FRAENKEL, faire la laparotomie et détruire les adhérences. On ne conçoit guère, en effet, d'autre thérapeutique aussi rationnelle. Comme il est démontré maintenant que cette conduite est souveraine au moins dans un certain nombre de cas, comme cette opération, en l'état actuel de la chirurgie, est de gravité nulle, aucune hésitation n'est permise, ces malades doivent être laparotomisés. Est-ce à dire qu'on les guérira tous, certes non; dans certaines *péricholécystites non calculeuses*, le magma d'adhérences sera tel que tout travail de dissection serait impraticable ou au moins périlleux par les dénudations viscérales qu'il entraînerait. Il sera toujours temps de battre en retraite lorsque le ventre sera ouvert et de s'en tenir à une laparotomie purement exploratrice. Hormis ce cas, il n'en reste pas moins acquis et par de très beaux succès, que la *péricholécystite* est justiciable d'un traitement chirurgical: Celui-ci comprend deux phases dans son exécution, l'une d'exploration et de reconnaissance, l'autre de dissection d'adhérences.

TECHNIQUE

La caractéristique de l'opération de FRAENKEL-SANDLER, c'est de *ne pas ouvrir les voies biliaires*, de ne s'adresser qu'à la *péricholécystite*. Le chirurgien n'a comme objectif que la destruc-

tion des lésions juxta-cholécystiennes. La manœuvre dépasserait son but en même temps qu'elle prendrait un tout autre cachet de gravité, si la vésicule était ouverte dans un but d'exploration ou autre.

En principe, la *laparotomie* qui convient le mieux est la laparotomie latérale sur le bord du muscle droit du côté droit. Il s'agit, en effet, de se porter le plus rapidement possible et avec le moins de dégâts, au centre même des lésions, qui sont juxta-vésiculaires. MUSSEY et KEEN, qui firent l'incision sur la ligne blanche, durent la dévier à droite, et encore le jour paraissant insuffisant, il fallut prolonger la plaie opératoire sur une longueur totale de 14 centimètres. Le ventre ouvert, l'exploration sera commencée; ce temps est d'une exécution parfois difficile, car les déformations de la région sont souvent très grandes. Afin même de se mettre dans de meilleures conditions, on devra commencer par rompre quelques adhérences unissant l'épiploon au foie ou au fond de la vésicule biliaire et qui masquent les organes sous-jacents. On peut penser cependant que tout chirurgien exercé à cette recherche sera bien vite fixé, quelle que soit la déformation de la région, sur l'existence ou non d'un calcul, soit dans la vésicule, soit dans le cholédoque. Lorsque l'absence de gravier sera constatée, et seulement alors, l'acte opératoire sera dirigé dans le but de la *libération des adhérences*.

A cet effet, les fausses membranes seront disséquées, rompues, déchirées ou sectionnées entre deux ligatures selon leur résistance, en s'aidant de ses doigts, de la pince, des ciseaux ou du bistouri suivant les différents cas. La plus grande prudence est nécessaire et l'on redoublera de soins lorsqu'on soupçonnera sous les adhérences la présence du duodénum ou du côlon, dont la rupture serait une complication des plus fâcheuses et dont la simple dénudation même offre une certaine gravité. De certaines expériences encore trop peu nombreuses pour que je puisse en formuler ici les résultats et que j'ai entreprises dans le but de me rendre compte de la résistance qu'offre la

tunique séreuse de l'intestin au passage des microorganismes contenus dans sa cavité, j'incline à penser que la simple dénudation d'un organe à contenu septique comme le tube digestif intraabdominal diffère absolument comme gravité d'une même dénudation portant sur un organe comme le foie ou le rein normalement aseptiques; que la couverture péritonéale de l'intestin possède à elle seule un rôle au moins aussi important que la muqueuse dans la préservation des émigrations bactériennes trans-pariétales, qu'enfin, en supprimant l'intégrité de la séreuse, on ouvre des lymphatiques quelque peu traumatisés qui sont par leurs racines mêmes en voisinage intime avec les microorganismes de l'intestin; c'est-à-dire que l'infection paraît se faire par voie lymphatique. La seule conclusion pratique à en tirer c'est que les dénudations de l'intestin doivent être réparées avec le soin le plus minutieux par sutures séro-séreuses, sous peine de laisser une route imprévue à la contamination. Enfin, il faudra s'attendre dans des cas très anciens à se trouver en présence de lésions adhésives tellement développées de magma celluleux si compact, que force sera de battre en retraite et de laisser à l'opération le caractère purement explorateur. Ainsi il en fut dans le cas de BOECKEL, ainsi dans celui de KEEN et MUSSER dans lesquelles on dut, en présence des dépenses insurmontables, refermer le ventre tel quel. Qu'on ne se hâte pas pour cela de déclarer la partie perdue. Précisément, le malade de KEEN et MUSSER guérit à la fois de ses douleurs et de son ictère, bienfait qu'on peut en partie expliquer par les modifications survenues dans la direction, la déviation, la stricture du cholédoque ou de la vésicule, modifications provoquées par la simple exploration.

Lorsque le travail de dissection sera partiellement ou totalement terminé, le ventre sera refermé sans drainage après s'être assuré de la profonde hémostase, après avoir bien contrôlé l'absence de toute dénudation, soit hépatique, soit vasculaire, source d'hémorrhagie, soit de dénudation intestinale, source d'infection. Le drainage conviendrait surtout aux seuls cas où

l'intervention est faite en pleine poussée douloureuse ; parce que ces exacerbations sont dues, je l'ai déjà dit, à un réveil d'infection ou à une infection nouvelle, greffée sur un terrain anciennement infecté. Si le choix du moment de l'intervention est permis, il importe donc d'attendre une phase de complète accalmie.

RÉSULTATS IMMÉDIATS ET ÉLOIGNÉS

Telle est l'opération de FRAENKEL-SENDER, par ses résultats je démontrerai qu'elle est légitime ; par ses succès je prouverai qu'elle constitue *l'intervention de choix* pour les *péricholécystites non calculeuses* ; enfin par analogie, je dirai combien elle est *rationnelle*. Des 10 opérés qui composent cette série un seul, celui de PÉAN, mourut le 9^e jour de l'opération, d'inanition, nous dit l'observation. Il n'est pas sans intérêt de remarquer que précisément dans ce cas, au travail de dissection des adhérences qui fut très pénible, on ajoute une *ponction de la vésicule* avec un trocart long et fin. Ce cas mis à part, les neuf autres opérés eurent des suites immédiates absolument bénignes, sauf le premier patient de KEEN et NUSSER, chez lequel se produisirent un abcès de la plaie et une lymphangite, ce qui n'était pas rare en l'année 1882. Ainsi *gravité nulle* soit dans les suites immédiates, soit dans les suites consécutives, voilà un facteur suffisant pour considérer l'opération comme parfaitement légitime. Voici maintenant d'autres faits qui vont nous édifier sur la valeur réelle de l'opération. Sur 9 malades il en est deux qui ne retirèrent aucun avantage de l'acte opératoire (celui de TERRILLON, de BÖCKEL), mais les six autres guérirent admirablement ; suppression totale des souffrances chez les malades de KNOWSLEY-THORNTON, chez celle de RIEDEL, chez les deux jeunes gens de FRAENKEL, chez le patient, de SENDER qui avaient des crises douloureuses, des pseudo-coliques hépatiques, suppression totale des crises douloureuses et de l'ictère chez

l'opéré de KEEN et MUSSER, chez celui de KNAGGS. Que dire donc d'une opération bénigne, qui dans sept cas où la dissection a été poussée bien loin, a procuré sept guérisons totales, si ce n'est que cette opération mérite d'être proposée comme *intervention de choix* dans toutes les *péricholécystites fibreuses*.

Au surplus, ces résultats, un peu inattendus de leurs auteurs, n'ont rien que de très naturel; ils sont à l'heure actuelle bien connus de tous les opérateurs expérimentés en chirurgie abdominale. La libération de la vésicule biliaire dans l'opération de FRAENKEL-SENDER est en tous points comparable à la libération de l'appendice chroniquement enflammé dans l'opération réalisée pour la première fois par QUÉNU et depuis par SCHWARTZ. Lorsque l'extirpation à froid de l'appendice est très laborieuse, il faut savoir s'arrêter à temps. On ne doit pas alors, disait M. QUÉNU, s'acharner à la recherche de l'appendice, il faut se contenter de libérer le plus possible le cœcum et de réséquer l'épiploon qui le recouvre s'il lui est adhérent. Dans ces deux cas, la destruction des adhérences suffit à amener une guérison complète.

A l'estomac, FRAENKEL rapporte que des opérés de VON HACKER conservèrent des douleurs persistantes qui cédèrent complètement à une seconde intervention, consistant en la simple destruction des adhérences. Sans sortir de France, il existe chez nous de très beaux exemples du même genre. Chez une femme qu'on soupçonnait atteinte de cancer gastrique, M. TERRIER (3), ne trouva, après laparotomie, qu'un paquet d'adhérences de l'estomac, consécutives à un ulcère cicatrisé de l'estomac. La section des adhérences amena une guérison parfaite et définitive. Dans un second cas analogue, M. TERRIER fit une laparotomie exploratrice et découvrit une petite induration au niveau du cardia et de nombreuses adhérences entre la face antérieure

(1) Quénu. Société de chirurgie, 28 novembre et 6 décembre 1893.

(2) In Damay. Appendicite à répétition. Thèse Paris, 1895.

(3) Terrier, Bulletin de la Société de chirurgie, octobre 1894.

de l'estomac et la face inférieure du foie d'une part, entre le foie et le diaphragme d'autre part, le pylore était intact. Toutes les adhérences furent sectionnées ; une guérison totale fut la conséquence de cette intervention. Deux mois après, la malade avait déjà engraisé de 5 kilogrammes. En gynécologie, les succès dus à des libérations d'adhérences ne se comptent plus ; que de femmes, privées de leurs annexes par une opération antérieure, ont dû subir une seconde laparotomie pour des douleurs persistantes qui cessèrent lorsque furent détruites les adhérences, reliquat de dénudations péritonéales produites à la première opération et non réparées. Enfin, les adhérences péritonéales douloureuses sont chose commune dans les hernies et maintes fois déjà leur suppression a fait cesser toute douleur. Il existe donc toute une vaste catégorie d'affections douloureuses des organes abdominaux qui sont uniquement le fait d'un *travail de péritonite localisée* ; cela est connu depuis longtemps ; ce qui est moins vulgarisé, c'est l'*efficacité d'une thérapeutique* consistant en *laparotomie* suivie de la *destruction des adhérences*. Il y a là une véritable méthode dont l'application mérite d'être généralisée à tous les organes. L'opération de FRAENKEL-SENDER pour libération de la vésicule biliaire, celle de QUÉNU pour libération de l'appendice, celle de TERRIER pour libération de l'estomac, sont autant d'applications de cette méthode qui partout a donné d'excellents résultats. Ces considérations m'ont engagé à mettre un peu en lumière l'opération de choix pour la cholécystite fibreuse non calculeuse, la *simple libération des adhérences péricystiques sans ouverture des voies biliaires*. Il n'est pas douteux que par la suite, cette opération donnera de brillantes guérisons à qui saura l'appliquer aux cas où elle est indiquée, c'est-à-dire à ceux où l'inflammation du *péritoine péricystique* est tout, où l'inflammation de la *vésicule* elle-même est au *second plan*.

B. — PYÉMIES BILIAIRES (Suite)
II. — *Péricholécystites* (non calculeuses) suppurées et fibreuses.

Numéros d'ordre	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	OPÉRATEUR et date de l'opération	SEXE	NATURE de la MALADIE Diagnostic clinique	NATURE de l'INTERVENTION	RÉSULTATS IMMÉDIATS	RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
XVI	Britisch med. Journal, 21 décembre 1890.	Brown, 1878.		Douleurs biliaires. Lé- tère. Troubles digestifs. Tumours. Diagnostic. Abcès du foie (pus retiré par ponc- tions).	Laparotomie. On ne découvre pas la vésicule. Rupture et dissection. Adhérences. Pas de cal- cul.	Suppuration lo- cale, formation spon- tanée d'une fistule pyo-biliaire.	Guérison complè- te. L'auteur ne croit pas à une affection biliasique.
XVII	Société pathologique de Londres. Séance du 16 déc. 1890	Moore-Norman, 1890.	H	Diagnostic. Occlusion intestinale.	Laparotomie. On dé- couvre un abcès sous le lobe droit.	Mort de péritonite sub-aiguë.	Autopsie. Ulcéra- tion de la vésicule. Pas de calcul.
XVIII	Revue de chirur- gie, 1885, p. 493.	Keen et Musser, 3 mai 1882.	H	Crises douloureuses avec jaunisse. Tuméc- tion de la région vésicu- laire. Diagnostic. Accidents de la biliasie.	Laparotomie oblique. Pas de calcul. On trouve la vésicule englobée dans un magma d'adhérences. Le ventre est relâché.	Abcès de la plaie et lymphangite sup- purée.	Guérison. Sup- pression de l'ictère et des douleurs. Per- sistance de la tumé- faction vésiculaire.
XIX	Cliniques de Péan, n° 754.	Péan, sept. 1885.	F	Crises douloureuses avec ictère à répétition. Diagnostic ?	Laparotomie latérale. droite. Pas de calcul. La vésicule est entourée d'a- dhérences épiploïques épaisses. Elle est vidée avec un trocart long et fin. Dissection des adhé- rences, très difficiles.	Mort le 9 ^e jour. Persistance de l'ina- nition. Nota. On remar- quera qu'ici la vési- cule a été ouverte.	»
XX	Britisch medical Journal, 13 novembre 1886.	Knowsley-Thomson, 1886.	F	Crises douloureuses. Vésicule distendue. Diagnostic. Affections biliasique.	Laparotomie. Aucun calcul. Dissection de ban- dits de supprimer les douleurs.	»	Guérison complè- te. Suppression de toute douleur.
XXI	Berliner Klinische Wochenschrift, 1888	Riedel, 5 mai 1888.	F	Mélanocolie. Douleurs dans la région hépatique. Diagnostic. Appendice inguinoforme.	Laparotomie. On dé- couvre des adhérences reliant le fond de la vé- sicule et du prolongement linguiforme à la paroi abdominale. Dissection de ces adhérences.	»	Guérison. Cessa- tion des douleurs. La mélanocolie per- siste.

B. — PYEMIES BILIAIRES (SUITE)
II. — *Péricholécystites* (non calculeuses) suppurées et fibreuses.

Numéros d'ordre	INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE	OPÉRATEUR et date de l'Opération	SEXE	NATURE de la MALADIE Diagnostic clinique	NATURE de l'INTERVENTION	RÉSULTATS IMMÉDIATS	RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
XXII	Bulletin général de thérapeutique, 1892, p. 489.	Terrillon, 3 décembre 1891.	F	Crises douloureuses. Ictère à répétition. Tuméfaction de la vésicule. Diagnostic. Lésion de la vésicule.	Laparotomie latérale. Vésicule épaisse. Ponction de la vésicule. Pas de calculs. Épaississement fibreux au niveau du bile. On ne dissèque pas cet épaississement fibreux.	»	Résultat nul. Les crises douloureuses persistent.
XXIII	Congrès français de chirurgie, 1892.	G. Beckel, 22 février 1892.	F	Pas de douleur. Ictère. Tuméfaction de la vésicule. Diagnostic. Rétention biliaire par calcul.	Laparotomie oblique. On découvre des adhérences très serrées de l'épiploon avec le péritoine pariétal et les intestins. Découlement de quelques adhérences très vasculaires. Pas de calcul. Impossibilité de trouver la vésicule.	»	Résultat nul.
XXIV	Centralblatt f. chirurgie, N° 35, 1892.	Gersung et A. Fraenkel, 1892.	H	Crises douloureuses. Pas de distension vésic. Diagnostic ? En présence de l'intensité des douleurs, l'opération est décidée.	Laparotomie. Aucune espèce de calcul. Adhérences épipliques. Destruction des adhérences.	»	Guérison parfaite. Cessation de toute douleur.
XXV	Centralblatt f. chirurgie, N° 35, 1892.	Gersung et A. Fraenkel, 1892.	H	Crises douloureuses. Pas de distension vésic. Diagnostic ? En présence de l'élément douloureux, on décide l'opér.	Laparotomie. Aucune espèce de calcul. Adhérences épipliques. Destruction des adhérences.	»	Guérison parfaite. Aucune douleur.
XXVI	Lancet - London, mai 1894.	Knaggs, 23 août 1893.	H	Crises douloureuses. Ictère. Diagnostic. Accidents péritonitiques localisés.	Laparotomie latérale droite. Pas de calcul. Adhérence de l'intestin avec le foie. Destruction des adhérences.	»	Guérison parfaite. Aucune douleur.
XXVII	Deutsch. Zeitschrift, f. chirurgie, mai 1895.	Sandler, 3 mai 1894.	H	Crises douloureuses péricystiques. Voussure hépatique. Diagnostic. Adhérences péricystiques serrées.	Laparotomie au niveau de la voussure à travers le droit. Aucun calcul. Adhérences de la vésicule au foie et à l'intestin. Destruction de ces adhérences.	»	Guérison parfaite. Suppression de toute douleur.

III. — LA CHOLÉCYSTITE NON CALCULEUSE

AVEC ÉPANCHEMENT

DÉFINITION. — NATURE.

Il est rare que les *cholécystites* ne se compliquent pas d'un certain degré de *péricholécystite*, rare que le chirurgien découvre une vésicule distendue, libre de toute adhérence avec les organes qui l'entourent ; mais dans les cas que j'envisage ici, la lésion *péricystique* offre par son développement un caractère accessoire contingent, la lésion maxima a pour siège le cholécystite lui-même. Il s'en suit qu'en ces circonstances la thérapeutique sera rationnelle si elle porte son action sur le *cholécyste*, *foyer principal*, quelquefois exclusif de l'infection. Sauf à une phase très ancienne dans leur évolution, les *cholécystites* constituent pour le chirurgien un terrain réellement ou virtuellement infecté, cette considération capitale permet de distraire des opérations précédemment étudiées, toutes celles qui vont désormais m'occuper parce qu'elles comportent comme temps obligé *l'ouverture des voies biliaires*, opérations qui, par suite, impliquent la nécessité d'un contact instrumental ou digital avec l'humeur biliaire septique. Dans ce grand groupe des *cholécystites* j'établirai encore deux subdivisions basées sur le degré approximatif de virulence et sur l'état des lésions. Dans la première rentrent les *cholécystites avec épanchement* ; celles-ci sont purulentes (*pyocholécystites*), séropurulentes ou séreuses (*hydrocholécystites*), hématisées (*hématocholécystites*), selon

leur contenu et selon la virulence décroissante de l'exsudat. Dans la seconde prennent place les *cholécystites fibreuses sans épanchement*, ou *cholécystites parenchymateuses ou interstitielles* dans lesquelles l'infection a disparu ou n'existe que par poussées, *cholécystite à répétition*, dans lesquelles l'altération maxima réside dans l'entière épaisseur de la paroi cholécystienne.

Avant d'entrer dans l'étude de ces deux groupes distincts d'inégale fréquence, je rechercherai d'abord par quels grands caractères se différencient de la *calculose cholécystique* la *cholécystite non calculeuse* qui seule est en vue dans ce travail. Ce n'est guère dans l'agent microbien qu'on peut espérer trouver le moindre élément distinctif ; il est vraisemblable que dans l'un ou l'autre des cas l'infection procède des mêmes parasites émigrés de l'intestin, mais ce qui diffère, c'est que dans l'affection non calculeuse la vésicule *est ou a été forcément* à une période quelconque de son évolution *le siège d'une infection*. Il n'en est pas de même dans la *calculose cholécystique*.

Sans doute cette dernière, dans le plus grand nombre des cas est infectieuse au même titre que la cholécystite non calculeuse, mais le chirurgien peut parfaitement se trouver en présence d'un calculeux qui n'est pas encore arrivé à la phase septique de son affection, d'un *calculeux qui n'est pas encore infecté*, quoique destiné à le devenir. De même que les calculeux vésicaux sont longtemps des calculeux aseptiques avant de devenir des urinaires, de même les calculeux biliaires restent souvent et pendant de longs mois des traumatisés avant de devenir des « biliaires infectés ».

Une seconde différence est la suivante : Les calculeux sont généralement et dès le début des *rétentionnistes* ; l'arrêt du gravier dans les canaux d'excrétion détermine un excès de pression dans toute la colonne biliaire, qui stagne et s'accumule en avant de l'obstacle. Les *faux calculeux*, au contraire, sont, mais plus tardivement, des *rétentionnistes* et lorsqu'ils le sont, ce sont des rétentionnistes d'un autre ordre. Celui-là résorbe surtout de la *bile* et fait de la *cholémie* ; celui-ci résorbe prin-

ciatement du pus et est menacé de pyémie, parce que sa muqueuse biliaire, turgide et enflammée, a formé valvule ou bouchon muqueux dans les fins couloirs cysto-cholédocciens, c'est-à-dire que cette rétention est d'emblée plus grave. Ce sont là peut-être des distinctions un peu subtiles empruntées, les unes à la pathogénie, les autres à la physiologie pathologique. Je ne m'y arrêterai donc pas davantage, mais voici d'autres caractères palpables et qui frappent l'œil. Ils sont d'ordre anatomique, et par la nature des renseignements qu'ils donnent soit au clinicien, soit à l'opérateur, on ne saurait nier leur réelle valeur. Chacun sait maintenant que dans la *cholécystite calculeuse*, les lésions aboutissent rapidement à une déformation et à une rétraction de la vésicule, rétraction qui s'est montrée tellement fréquente, qu'à maintes reprises elle a servi à fixer un diagnostic hésitant.

C'est là le signe de COURVOISIER-TERRIER. Si telle est la constance de ce symptôme, on devine ce qu'*a priori* doit devenir la vésicule dans la *cholécystite non calculeuse*. A l'inverse de la calculose cholécystique, la cholécystite non calculeuse devra s'accompagner de dilatation de la vésicule. Et de fait, la formule nouvelle se trouve vérifiée par le relevé suivant. En pratiquant, dans chacun de mes cas, la recherche du contre-signe de COURVOIDIER et TERRIER, j'obtiens les résultats suivants : 41 cholécystites non calculeuses figurent dans mon relevé ; sur ce nombre, trois fois seulement (observation LXIII de THIRIAR, cholécystite chronique, obs. LXII de CZERNY et MERMANN, obs. LXVII de LAMBOTTE) la vésicule est signalée comme petite et rétractée, c'est-à-dire qu'elle possédait les caractères macroscopiques propres aux vésicules calculeuses. Dans huit cas (obs. XXXII et XXXIII de LANGENBUCH, obs. XXXV et obs. XXXVI de RIEDEL, obs. XLII de BOND, obs. LVII de WICKOFF, obs. LVI de HEUSSNER, obs. de ROSENTIRN), il n'est fait aucune mention de l'état du cholécyste, ce qui signifie probablement que la vésicule n'était ni dilatée, ni rétrécie. Dans deux autres cas, les dimensions étaient normales (obs. LXI de LANGENBUSCH et obs.

LXVIII de QUÉNU). Enfin, faits très remarquables, dans 28 autres cas où l'état de la vésicule est nettement précisé soit à l'examen clinique, soit pendant l'intervention (obs. XXVIII, obs. XXIX, obs. XXXIV, obs. XXXV, obs. XXXVI, obs. XXXVII, obs. XXXVIII, obs. XXIX, obs. XL, obs. XLI, obs. XLIII, obs. XLIV, obs. XLV, obs. XLVI, obs. XLVII, obs. XLVIII, obs. XLIX, obs. L, obs. LI, obs. LII, obs. LIII, obs. LIV, obs. LV, obs. LVII, obs. LX, obs. LXI, obs. LXII, obs. LXIII, la vésicule s'est toujours montré distendue et le plus souvent surdistendue à l'excès. D'où je conclurai : *Dans la cholécystite non calculeuse, la vésicule biliaire est le plus souvent dilatée.* Comme cette remarque s'applique également aux oblitérations du cholédoque par compression extérieure et aux tumeurs du pancréas, il resterait à chercher entre ces affections — cholécystite non calculeuse d'une part — distension de la vésicule par compression extrinsèque du cholédoque d'autre part — un signe distinctif. L'ictère peut-il avoir quelque valeur à ce point de vue, puisqu'il paraît devoir constituer un symptôme obligé dans les compressions néoplasiques du cholédoque ? Je ne le pense pas, car dans ma petite statistique de *cholécystite non calculeuse*, l'ictère figure dans près de la moitié des cas. Il ne faut donc guère compter, quant à présent, sur la clinique pour donner un diagnostic exact ; la vérité ne se dévoile que lorsque le ventre est ouvert, encore peut-elle passer inaperçue s'il s'agit de lésions peu accentuées. Ceci dit, j'aborde l'histoire des *cholécystites non calculeuses avec épanchement*.

Si les *cholécystites suppurées* — infiniment plus fréquentes (36 cas) que les autres (5 cas) — diffèrent entre elles quant à la nature de leur contenu qui est purulent, muco ou séropurulent, séreux, hématique, elles se présentent au chirurgien sous une modalité anatomique presque constante, la distension de la vésicule. Cette ectasie revêt elle-même deux aspects objectifs : le *kyste biliaire* et la *tumeur biliaire*. Il y a *kyste* lorsque l'épanchement est sous faible ou moyenne tension et les parois de la vésicule peu épaissies ou amincies. La *tumeur*

diffère du kyste en ce que son contenu est sous forte tension et les parois vésiculaires notablement épaissies. A l'inverse du kyste qui se montre rénitent ou même fluctuant à l'examen clinique, la *tumeur* biliaire donne au doigt qui la palpe la sensation d'une dureté ligneuse, d'une véritable tumeur. Tous deux parfois sont complètement marqués par des adhérences qui en défigurent les contours. Le *kyste* pyobiliaire est le fait d'un épanchement survenant rapidement sans laisser le temps à la paroi de subir une hypertrophie parallèle. La paroi vésiculaire surprise sans défense se laisse forcer; au contraire, la *tumeur* résulte d'un épanchement dont l'évolution est lente. La paroi a le temps de réagir, elle est le siège non pas d'une hypertrophie compensatrice — on connaît l'hypertrophie musculaire qui est le propre des vésicules qui se contractent sur leur contenu calculeux — mais d'une *hyperplasie fibroïde*, et le chirurgien a à compter avec ces variantes. Dans quelques *kystes*, la paroi s'est montrée tellement amincie que toute suture eut été impossible et dangereuse; on dut tirer de ce fait une indication pour la *cholécystectomie*. Ailleurs, la *tumeur* biliaire à parois rigides et inextensibles, rugueuse et incrustée de calcaire, se présente comme une poche bien propre à la persistance d'une fistule biliaire si on la fistulise à la paroi.

HISTOIRE

L'histoire des distensions non calculeuses de la vésicule biliaire ne se signale par aucun trait saillant. Dans la pathogénie de cette affection comme dans ses manifestations cliniques, dans son traitement médical comme dans son traitement chirurgical, tout est resté enveloppé jusqu'ici d'une obscurité profonde; c'est d'ailleurs ce que l'on remarque sans peine si l'on consulte les auteurs sur ce sujet.

Rien ne frappe plus que le manque d'enthousiasme partout reflété dans les rares lignes consacrées à cette question dans

les traités didactiques. Dans ce domaine si peu exploré, il me semble que l'avènement d'une thérapeutique active fait époque et que dans ce chapitre encore si confus, c'est la thérapeutique qui donne la note la plus saillante. Il est incontestable qu'en étendant — et cela presque à son insu — son champ d'action aux cholécystites non calculeuses, la chirurgie des voies biliaires a jeté, sur ce groupe morbide si effacé, plus de lumière que tous nos autres moyens d'investigations. C'est pourquoi les événements saillants de cette histoire seront tous empruntés aux perfectionnements de technique de quelque importance. Chacun de ceux-ci est l'indice d'une difficulté vaincue, d'un progrès réalisé et c'est sur lui que semble s'être épuisé tout l'intérêt du moment.

Il fut un temps où toute la thérapeutique des *cholécystites non calculeuses* consistait en frictions extérieures, douches, révulsifs de tous genres appliqués sur la région de la vésicule. Celui-là fit donc franchir un pas immense qui le premier réalisa le libre drainage à l'extérieur des sécrétions infectieuses enfermées en le réservoir de la bile. En agissant ainsi, KEEN établissait pour la première fois un traitement rationnel de l'empyème vésiculaire.

Depuis, pareille conduite a maintes fois été suivie et dès maintenant on est en droit de rechercher ce qu'elle vaut et ce qu'elle peut. Chose très curieuse, la majorité des opérateurs qui firent bénéficier leurs malades de cette thérapeutique nouvelle de la *cholécystite non calculeuse*, n'agirent ainsi que par suite d'erreurs de diagnostic. N'est-ce pas là encore un exemple de ces bienfaisantes erreurs qui président à l'éclosion des grandes méthodes opératoires, tel le premier début de l'ovariotomie, tel celui de l'hystérectomie abdominale pour fibromes, celui de la laparotomie pour péritonite tuberculeuse, etc. De même que Spencer-Wells croyait opérer un kyste de l'ovaire, lorsqu'il réalisa sa première intervention pour péritonite tuberculeuse, de même LANGENBUCH, RIEDEL, LINDLER et presque tous les autres pensaient traiter une complication de la lithiase

biliaire, lorsqu'ils fistulisèrent leurs premières vésicules atteintes en réalité de *cholécystite non calculeuse*. Ce n'est pas sans une grande surprise que TAYLOR, STUART, NAIRNE, KOCHER, etc., constatèrent, malgré la plus soigneuse exploration, l'absence de tout gravier. Il était réservé aux chirurgiens, dont l'expérience grandit rapidement en chirurgie biliaire, aux opérateurs qui comptèrent bien vite un nombre notable d'interventions sur les voies biliaires, de se bien familiariser avec ces surprises et d'apprendre à connaître les cholécystites où l'on ne trouve pas de calculs. Un des premiers parmi ceux-ci fut certainement mon maître TERRILLON. En un an, M. TERRILLON n'opéra pas moins de quatre cholécystites non calculeuses ; c'est-à-dire que la *cholécystite non calculeuse* n'était plus une nouveauté pour lui.

Il est regrettable que ces faits soient demeurés méconnus de ceux qui publièrent des observations analogues par la suite. Quelques-uns eussent évité sans doute de manifester leur étonnement en ne découvrant aucun calcul et se fussent épargné le soin de donner de leurs cas une explication parfois fantaisiste. Il était sans doute bien persuadé que toutes les cholécystites sont d'origine calculeuse, ce chirurgien qui « à un pouce et demi au-dessous des côtes et à deux pouces à droite de l'ombilic, percevait une induration nodulaire distincte, calcul probable ». Quelle dut être sa surprise lorsqu'il retira pour tout calcul, seize onces de liquide pâle et visqueux sans le moindre gravier.

Les grands progrès réalisés dans la chirurgie des affections calculeuses, eurent leur écho dans la cure des *cholécystites non calculeuses*. Successivement on y voit apparaître la *cholécystostomie* en deux temps, puis la *cholécystostomie* en une séance, selon le procédé de SIMS. Bientôt, mais pour une faible durée, l'opération préférée fut la *cholécystostomie* à suture première ou *cholecystostomie* de RAMOHOF. Enfin, la *cholécystostomie* à suture perdue de BERNAYS, couronna ces premières tentatives. Hormis cette dernière, on ne sortait guère, comme on le voit, des interventions simples. Plus près de nous opération plus com-

plexe, la *cholécystentérostomie* fait son apparition, et cela dans le but de réparer plusieurs des fistules intarissables, qu'avaient laissées les procédés simples. A défaut de notions plus saillantes dans cette question, je diviserai l'histoire chirurgicale des *cholécystectasies suppurées non calculeuses* en deux phases. L'une s'étend de 1878 à 1889, c'est l'ère de la *cholécystostomie*, l'autre commence en 1889, jusqu'à l'heure présente.

Dans celle-ci la simple fistulation cysto-cutanée perd du terrain ; la création d'une bouche cysto-intestinale est réalisée à plusieurs reprises.

Première période 1878-1889. — Est-ce bien KEEN qui fit la première *cholécystostomie* en 1878 pour *cholécystite non calculeuse* ? Cela paraît fort vraisemblable lorsqu'on se reporte au compte-rendu de l'opération qu'il pratiqua le 4 novembre de cette année. De l'absence de toute histoire de colique hépatique, de ce fait qu'aucune tumeur ne comprimait mécaniquement le cholédoque, l'auteur lui-même inclina à penser que très probablement il ne s'agissait pas de lithiasé dans son cas. Certes la vésicule fut trouvée « modérément épaissie et vide de calcul », mais il ne s'en suit pas forcément que cette cholécystite fut du genre des non calculeuses, car en 1878, un calcul a pu passer parfaitement inaperçu, même à un opérateur de la valeur de KEEN. Malheureusement, l'examen du cholédoque, par suite d'un accident de préparation, ne fut pas pratiqué à l'autopsie et somme toute le doute persiste sur l'existence ou non d'un calcul. Voilà pourquoi je maintiens une réserve sur ce premier point de priorité. Quoiqu'il en soit, si ce premier fait est discutable, le second qui appartient également à KEEN et MUSSEY, ne permet aucune hésitation. Cinq ans plus tard, le 19 juin 1883, KEEN et MUSSEY pratiquaient, chez un homme atteint d'ictère, de crises douloureuses du foie et de distension de la vésicule du fiel, l'établissement d'une fistule cystocutanée en un temps. Du *cholécyste* surdistendu on retira vingt onces de liquide pyo-

biliaire. Ni avec le doigt introduit dans cette vaste poche, ni avec un stylet de NÉLATON pénétrant à une profondeur de 17 centimètres, on ne parvint à déceler l'existence du moindre calcul. Qu'on ne vienne pas dire que le calcul cherché siégeait sans doute dans le cholédoque; le 7^e jour le malade succombait à la suite de collapsus, rapporte l'observation, à la suite d'infection, dirait-on peut-être maintenant; et à l'autopsie on ne découvrit pas plus de calcul que pendant l'opération. La lésion consistait en un extrême épaissement du réservoir biliaire.

Bref, ce fut là un type pur de *cholécystite*.

Quelques mois après TAYLOR fut plus heureux; il guérit sa malade d'un empyème non calculeux en lui faisant une *cholécystostomie* également en un temps. Ainsi ces deux premières *cholécystostomies*, les plus anciennes en date furent exécutées en un seul temps. Dès lors pendant la durée des deux années, 1886-1887, on ne procède plus qu'en deux séances séparées. Ici donc commence une petite série de *cholécystostomies* en deux temps; ce fut d'abord celle de LANDERER.

Ce chirurgien réalisa le plan opératoire suivant: la vésicule biliaire disparaissant dans les profondeurs du champ opératoire, largement recouverte par le bord antérieur du foie, l'auteur fixa dans une première séance la partie procidente du parenchyme hépatique à la plaie abdominale; puis les adhérences établies — ce qui demanda seize jours — il traverse le tissu du foie jusqu'à la vésicule avec un trocart, puis avec le thermocautère. Comme on le voit, LANDERER se trouva en face d'une difficulté opératoire, maintenant prévue et fort connue des opérateurs expérimentés, impossibilité d'amener le cholécyste à la paroi pour l'y suturer.

Vers la même époque, LANGENBUCH pratiqua en deux temps et selon le procédé classique deux autres *cholécystostomies*. En 1887, LUCKE agit de même; puis RIEDEL dans deux autres cas. Mais déjà la technique s'était perfectionnée, la *cholécystostomie* était déjà passée de mode; depuis cette époque, elle ne fut

plus pratiquée en effet qu'une seule fois par LINDLER, en 1892, et tout porte à croire qu'on ne la verra pas reparaitre de sitôt. Dès l'année 1888, la *cholécystostomie* en un temps selon le procédé de SIMS fut en honneur.

KOCHER et TERRILLON furent les premiers qui la remirent en usage, délaissée qu'elle était depuis KEEN et TAYLOR. Ils fistulisèrent, en une séance, des empyèmes non calculeux de la vésicule biliaire ; STUART-NAIRNE suivait bientôt leur exemple. TERRILLON ne tardait pas à publier sa deuxième observation personnelle, en même temps que BOND en faisait connaître une semblable, suivie elle-même d'une troisième de TERRILLON. Puis les cas se succèdent rapidement. En 1890, M. PERRIER, cholécystostomisant une vésicule biliaire pleine de pus, n'y rencontra aucun calcul. Même résultat dans l'observation de Roberts, en Amérique ; même résultat dans celle de KEHR, en Allemagne ; dans celle de MATLAKOKSKI ; dans le quatrième fait de TERRILLON — tous de l'année 1891 ; — dans celui de PORTER (1892) ; enfin, de RICKETTS, qui tous eurent affaire à des cholécystites non calculeuses.

Entre temps prit naissance un nouveau procédé qui réunit moins d'adeptes et dont la durée éphémère ne paraît avoir eu qu'un espace de cinq ans, la *cholécystostomie* en un temps de RANSOHOFF, c'est-à-dire avec suture première. Cinq fois seulement elle fut pratiquée, de 1885 à 1890, par WILLET (1885), par ALEXANDRE (1887), par VINCENT à Lyon (1887), par BERGER à Paris (1890), enfin par POLAKOFF (1890). Depuis, on ne peut plus en relever aucun autre exemple dans l'histoire de la *cholécystite non calculeuse*. En somme, la *cholécystostomie* fut faite ici par tous les procédés que l'on emploie pour les affections lithiasiques. A cette liste, en effet, il ne manque que la *cholécystostomie* dite *idéale* par BERNAYS, à suture perdue par les Français, *cholécystendyse* de COURVOISIER, ou mieux encore cholécystorrhaphie. Or, cette opération a été faite avec succès en l'année 1889, par HEUSSNER, pour une cholécystite avec adhérences, dans laquelle il n'existait aucun calcul. C'était

faire le premier pas vers les opérations plus complexes qui appartiennent aux opérateurs de la seconde période.

Deuxième période 1889-1895. — La *cholécystostomie*, quelle qu'en soit sa variante, était-elle bien l'opération qui convenait aux *cholécystites non calculeuses* que les chirurgiens de l'âge précédent appliquèrent indifféremment à tous les cas ? Voilà ce que commencèrent à se demander les auteurs de la phase nouvelle. C'est qu'entre leurs mains la *cholécystostomie* amena bien la guérison opératoire, mais non la guérison de la maladie, qui persista sous forme de fistule pyobiliaire intarissable. C'est donc pour mettre terme à cette suppuration sans fin que le 2 mars 1889, MAYO ROBSON tenta de substituer l'abouchement cysto-intestinal à une fistule cutanée, suite d'une *cholécystite non calculeuse*. En 1893, WICHOFF fit de même. Chez une de ses *cholécystostomisées* pour *cholécyste sans calcul*, il dut ultérieurement établir une *cholécystentérostomie*. Même conduite dans le cas de ROGERS. La première fistule cutanée étant de celle qui devaient peut-être persister indéfiniment parce que la route cholédoccienne était barrée par des adhérences, l'auteur décida, trois semaines après, de ramener la bile dans l'intestin par la création d'une fistule cysto-intestinale. Ces *cholécystentérostomies* sont toutes secondaires, c'est ce qui les distingue de l'opération de ROSENSTIRN qui, en 1893, fit une *cholécysto-duodénostomie primitive* avec le bouton de MURPHY, pour inflammation *non calculeuse* des voies biliaires avec obstruction du cholédoque.

Pour résumer sous une formule un peu plus simple et aussi fidèlement que possible le mouvement chirurgical tracé dans ce long chapitre hérissé de dates, je dirai : l'ère de la *cholécystostomie* 1878-1889 comprend une première période de *cholécystostomie* en un temps, 1878-1893 (KEEN et MUSSER), 1884 (TAYLOR), une seconde période de *cholécystostomie* en deux temps, 1886-1887 (LANDERER, LANGENBUCH, LUCKE, RIEDEL, LINDLER) ; dans une troisième phase la *cholécystostomie* en un

temps par le manuel de SIMS est le procédé de choix, 1886-1889 (KOCHER, TERRILLON, STUART-NAIRNE, TERRILLON, TERRIER, ROBERTS, KEHR, MALTLOKOVSKI, TERRILLON, PORTER, RITHETTS). Parallèlement à ces auteurs, WILLET, ALEXANDER, VINCENT, BERGER, POLAKOFF faisaient des *cholécystostomies* de RANSOHOFF (1885-1890) et HEUSSNER (1889) la *cholécystostomie idéale* de BERNAYS.

L'ère de la *cholécystentérostomie* (1889-1895) s'ouvre avec MAYO ROBSON, WICKOFF, ROGERS, qui obtiennent des résultats insuffisants avec la *cholécystostomie*. ROSENSTIRN fait la *cholécystentérostomie primitive*. Tel est, brièvement et exactement esquissé, le chemin parcouru.

INDICATIONS

Le diagnostic de *tumeur* ou *kyste biliaire* est-il posé, l'existence d'une grosse vésicule est-elle constatée, il n'y a point à s'attarder aux médications inutiles, ce serait un leurre de compter sur les applications résolutives et autres médications d'antan. Que pourrait à lui seul le régime de l'antisepsie intestinale, que faut-il même espérer des préparations salicylées antiseptiques des voies biliaires, puisque la bile elle-même par laquelle elle s'élimine n'a plus son accès dans le cholécyste. « Quand l'angiocholite, dit M. TERRIER (1), est indubitable, l'action médicale reste absolument limitée, et si l'on a vanté les préparations salicylées et le salol (CHAUFFARD), celles-ci n'ont certes qu'une action fort restreinte et même quelque peu contestable. » Qu'on emploie cette médication comme mode adjuvant, rien de plus légitime ; comme curative c'est temps perdu et temps précieux. Mais avant de prendre le bistouri, il est encore de bons esprits qui préféreront tenter un moyen mixte, médico-chirurgical si l'on veut, et qui consiste à évacuer à peu de frais le contenu septique de la vésicule distendue ; il s'agit

(1) Terrier.— Traitement chirurgical de l'angiocholite et de la cholécystite infectieuses. Revue de chirurgie, t. XV, décembre 1895.

de la *ponction*, cette petite opération que l'aspiration a rendue si bénigne.

Déjà les faits ont répondu, KEEN et MUSSER évacuent par une ponction capillaire une once de liquide, ce qui ne les empêcha pas, au moment de l'opération qui eut lieu quelques semaines plus tard, d'enlever encore 20 onces du même liquide pyobiliaire. La malade de KOCHER subit le 12 mai 1888 une première ponction, mais le liquide se reforma et à quelques jours de là, dans une deuxième séance, on retira encore 150 grammes de liquide; nouvelle recrudescence qui, cette fois, est traitée par la laparotomie. TERRILLON fit dans un premier cas une évacuation de 580 grammes de liquide brun, et vingt jours après il put constater que la poche s'était reformée. Il dut opérer et donner ouverture à 700 gr. de ce même liquide. Dans son deuxième fait, il retira un litre de sérosité noirâtre et quelques jours après, la poche s'étant complètement remplie, il se disposa à l'ouvrir, ce qui lui permit de soustraire de nouveau 800 grammes de liquide verdâtre à sa malade. ALEXANDER ponctionna trois fois son patient. VINCENT fit de même, etc., etc., et tout cela ne servit qu'à éclairer le diagnostic. Quant à la guérison ou même l'amélioration, aucune. Donc cette thérapeutique a fait ses preuves, elle est absolument inutile, par conséquent elle est à rejeter. Est-elle au moins de mise pour confirmer un diagnostic hésitant? Certes, elle peut donner sur la nature du contenu des renseignements de grande valeur; elle seule permet de reconnaître la nature purulente, séreuse, hématique du contenu vésiculaire; grâce à elle on arrivera souvent à distinguer la tumeur biliaire d'un abcès du foie, d'un kyste hydatique de cet organe, d'une hydronéphrose, surtout si l'on prend soin de faire pratiquer l'examen chimique du liquide obtenu.

Mais si l'opérateur peut y tirer grand bénéfice pour son instruction personnelle, le malade en revanche a quelquefois à s'en plaindre. On a lu plus haut l'histoire de ce malade à qui SENDLER avait pris grand soin d'éviter toute ponction; le malade

n'était pas de cet avis et alla trouver un praticien qui s'empressa de lui évacuer par ce procédé le pus qu'il avait en ses voies biliaires. Le résultat de cette petite manœuvre fut que le patient faillit succomber aux suites d'une péritonite. La conclusion sera donc que la méthode des ponctions *est à supprimer totalement* de la thérapeutique des *cholécystites non calculeuses*; qu'elle est même à proscrire en tant que moyen de diagnostic.

Et voilà tout ce que l'on possède de mieux comme mode d'action palliative. A part cela, il n'existe rien dans cet ordre de traitement. La malade de STUART-NAIRNE avait épuisé tous les traitements médicaux; celle de ROSENSTIRN avait pris des sels de Carlsbad, des remèdes stomachiques, enfin tous les agents thérapeutiques connus et tant d'autres.

Il n'existe donc qu'une seule thérapeutique convenable applicable pour toutes les *distensions biliaires* en question sans exception, c'est le traitement chirurgical. Il faut intervenir et cela sous le plus bref délai, non pas tant dans la crainte d'une rupture intra péritonéale du kyste distendu et de la mort par péritonite consécutive, car cette complication possible n'a pas encore été signalée jusqu'ici, et si les perforations des vésicules infectées s'observent quelquefois, c'est moins souvent dans les *formes pyémiques* que dans ce qui a été étudié plus haut sous le titre de *septicémie biliaire*. Mais les malades sont menacés de succomber à la phlébite, l'infection purulente, et, s'ils sont en même temps ictériques, à l'insuffisance hépatique. Il faut intervenir, parce que la sécrétion infectée qui est enfermée dans la vésicule ne trouve pas dans le canal cystique un mode de drainage suffisant, même lorsqu'il reste perméable, ce qui est rare; il faut intervenir sans retard parce que le cholécyste contracte des adhérences avec un viscère creux, intestinal ou vasculaire, dans lequel il est destiné à s'évacuer en produisant de redoutables complications; parce qu'enfin c'est le seul moyen de mettre un terme aux douleurs cruelles qui torturent tous ces malades. Ainsi donc, toutes les *distensions vésiculaires non calculeuses* doivent être confiées sous le plus bref

délai aux soins de la chirurgie, telle est la formule sage et juste qu'il faut donner sans la moindre réserve. La difficulté commence seulement lorsqu'il s'agit de savoir quel est le mode d'intervention qui convient, alors le champ reste ouvert à toute discussion et le problème est loin d'avoir reçu une solution définitive. C'est seulement lorsque nous connaissons les résultats fournis par chaque opération en particulier, que nous serons à même de discuter le traitement.

TECHNIQUE

Tout d'abord, il est un procédé qu'il ne faut pas suivre, c'est celui de LANDERER, qui ne fut d'ailleurs exécuté que par son auteur et ne semble pas devoir trouver de sitôt le moindre imitateur ; LANDERER trouva une vésicule pleine de pus qu'il ne put amener à la paroi. Il fit une *hépatopexie*, puis quelques jours après il traversa tout le tissu du foie au trocart et au thermocautère pour se creuser un tunnel trans-hépatique jusqu'à la vésicule restée profonde. Il est évident que le tissu du foie ne se prête pas à une canalisation de ce genre et qu'il ne faut pas s'étonner si par la suite le drainage fonctionna mal et si, le drainage fonctionnant mal, la malade conserva une fistule. On sait déjà quelle est la conduite à tenir en face d'une complication de ce genre. Les uns, à l'exemple de RIEDEL, de SENDLER, décollent le péritoine pariétal, et la vésicule ne pouvant être amenée jusqu'au péritoine, ils amenèrent ce péritoine jusqu'à la vésicule. D'autres se servent du canal bouton de MURPHY, d'autres enfin, et c'est probablement la véritable technique à suivre, établissent comme l'a fait M. TERRIER, une véritable loge péritonéo-épiploïque en empruntant et ramassant tous les tissus aptes à former cloison et cette loge est fermée aussi hermétiquement que possible sur les côtés afin de supprimer toute communication avec la grande cavité péritonéale. Au centre de ce canal de nouvelle formation, un drain est placé

dont la face externe est cravatée d'une mèche de gaze. Telle est la technique à suivre dans cette première éventualité.

Ce cas, mis à part, le manuel offre les particularités suivantes, dont l'intérêt est d'ailleurs de premier ordre.

1^{re} Laparotomie. — La laparotomie a été pratiquée ici avec toutes les variantes : La latérale sur le bord du muscle droit du côté droit ; la médio-latérale ou intra-musculaire ; la médiane ou xyphoïdo-ombilicale ; l'oblique ou la curviligne suivant la ligne semi-lunaire droite. Parfois les incisions simples furent insuffisantes et l'accès de la tumeur fut facilité par des incisions libératrices longitudinales ou transversales.

Rien n'est plus simple que de trouver le pourquoi de toutes ces modalités ; elles sont commandées par les *dimensions* du cholécyste distendu. Ce n'est que le hasard qui dicta au chirurgien telle ou telle conduite, et en terminant mon relevé, je m'aperçois que toutes les cholécystites de faible volume furent abordées par la laparotomie latérale. Ainsi celles de LANDERER, de LUCKE, de TERRILLON (cas nos II et III), etc. La vésicule avait-elle déjà acquis un très notable volume, les opérations STUART-NAIRNE, TERRILLON (cas n° IV) jugèrent bon d'ouvrir le ventre au niveau du point le plus saillant de la tumeur, en plein muscle droit. Enfin LANDERER, TAYLOR, TERRILLON (cas n° I), etc., se trouvant en face d'énormes tumeurs biliaires, durent tous inciser sur la ligne blanche. Il en fut de même dans le cas de M. PERRIER qui, même avec la laparotomie médiane, n'obtint qu'un jour insuffisant et se trouva dans la nécessité de faire une incision de dégagement transversale sur la lèvre droite de sa plaie opératoire. Quant à la laparotomie oblique, parallèle au rebord costal droit, quatre fois seulement elle fut réalisée par KEEN, WILLET, ALEXANDER et MAYO-ROBSON ; c'est bien évidemment la dernière à laquelle il faut avoir recours. De sorte que je crois pouvoir dire : à vésicule faiblement distendue, convient et suffit la laparotomie latérale, aux vésicules fortement distendues, l'incision de choix sera

faite en regard même du sommet de la tumeur ; enfin les énormes tumeurs, les vésicules « colossales » réclament la laparotomie médiane. En effet, dans sa marche extensive, le kyste biliaire se déplace progressivement en bas et à gauche par son pôle antérieur, suivant assez exactement une ligne qui, partie du point cystique, se dirige vers l'ombilic qu'elle atteint ou dépasse. Sans vouloir établir le moindre rapport mathématique entre le degré de distension et le tracé de l'incision, ce serait, je pense, une grave erreur que de n'en pas tenir compte et il y a même là un point spécial à la *cholécystite non calculeuse*. Si la laparotomie latérale, procédé de choix pour les cholécystites non calculeuses à vésicules petites et rétractées, convient aussi à quelques cholécystectasies non calculeuses de moyenne dimension, elle est absolument insuffisante pour les distensions vésiculaires de gros volume. On objectera peut-être que la tumeur en elle-même a peu d'importance au point de vue volume, puisqu'elle est réductible par ponction aspiratrice, mais il y a des vésicules multiloculaires, comme celle du cas de M. PERRIER, dont les chambres pleines de pus demeurent isolées ; il y en a d'autres où le pus caséeux, comme dans le cas de RIEDEL, de CZERNY-MERMANN, ou simplement purulent mais très épais comme dans celui de LANDERER, se refuse à franchir même les gros trocars. Il en est dont le contenu liquide est faible ou nul et qu'un tissu fibreux comble presque entièrement ; il en est aussi dont la paroi est incrustée de calcaire comme dans les cas I et II de TERRILLON, comme dans celui de BERGER, résistant même à des tentatives de curettage (1). Que peut la ponction contre ces véritables

(1) Je crois devoir maintenir ces trois cas parmi les cholécystites non calculeuses, bien que la muqueuse y fût pavée de calcaire. La cholécystite chronique est susceptible de présenter des indurations calcaires de ses parois — fait banal pour toutes les membranes enflammées de vieille date — mais il n'en suit pas du tout qu'elle soit calculeuse. Pareille constatation peut être faite dans la vessie ; certaines cystites chroniques subissent la transformation calcaire, pourtant elles ne sont pas considérées comme calculeuses et la lithiase n'a rien à faire ici.

tumeurs irréductibles. Dès lors, la difficulté de tenter l'extirpation ou la simple fixation de cette tumeur par une voie autre que celle qu'elle s'est tracée peut être insurmontable.

Tout cela n'est pas du tout pure hypothèse. J'ai dit que l'incision latérale pouvait être insuffisante pour les *grosses cholécystites non calculeuses*, j'ajoute qu'elle peut être funeste et de cela j'en donnerai de suite la démonstration par un seul fait des plus frappants et que voici : En présence d'une tumeur cholécystique énorme et non calculeuse, une de celles qui, d'après ce qu'on a lu plus haut, est justiciable de la seule laparotomie médiane, M. VINCENT se décide à ouvrir le ventre sur la ligne mamelonnaire droite et le bord droit du droit. Une première difficulté surgit, et c'est la moindre, une fois le péritoine ouvert, on reconnut que la tumeur était inaccessible. Quelques-uns n'auraient pas hésité à refermer le ventre et à pratiquer une deuxième laparotomie, cette fois médiane ; il y avait une conduite plus simple, celle de prolonger l'incision jusqu'au point voulu, c'est ce qui fut fait. Mais les incisions les plus longues ne sont pas toujours les meilleures ; progressivement, l'incision latérale fut prolongée par en bas, suivant une direction en arc de cercle, tant et si bien que l'on ne tarda pas à atteindre la ligne blanche. Cette section, longue de 16 centimètres, pratiquée chez un enfant de huit ans et demi, donna, nous dit l'auteur, un écoulement sanguin abondant qui nécessita un grand nombre de pinces à forcipressure. Voici déjà que du fait d'une technique défectueuse les conditions opératoires se trouvent complètement changées. Encombrement du champ opératoire et temps perdu avant d'aborder la tumeur elle-même, cela n'est rien pour un chirurgien habile, et j'en conviens. — Issue des anses grêles et de l'épiploon qui, sans cesse, firent hernie par l'incision pariétale à la fois trop grande pour l'intestin et trop minime pour la tumeur. — Nécessité de laisser au dehors de la masse intestinale, puis manœuvres destinées à réintégrer l'intestin, maintenu jusque-là

enveloppé dans une compresse boratée. Ceci est beaucoup plus grave.

D'autre part, perspective d'une cicatrice curviligne — plus disgracieuse qu'une droite — et éventration certaine pour la suite. Bref, on parvint à marsupialiser la vésicule, non pas sur la ligne mamelonnaire, point de départ de l'incision, mais bien à l'angle opposé de la plaie, le plus près possible de la région médiane sur la ligne blanche. Ici commencent les suites dramatiques de cette triste histoire. Pendant les jours qui suivirent, la petite opérée saigna abondamment sans qu'on puisse trouver à cette hémorrhagie la moindre cause appréciable. L'enfant saigna le deuxième jour, le troisième, le quatrième, puis tous les jours jusqu'au dixième, où elle mourut d'hémorrhagie; à l'autopsie on découvrit que l'hémorrhagie avait été provoquée par l'usure du foie par les fils métalliques qui correspondaient à la première incision latérale. Les fils d'argent dont on s'était servi pour la suture avaient corrodé le parenchyme hépatique pendant les mouvements d'ascension et de descente de la respiration. Il est clair qu'une laparotomie médiane absolument indiquée dans ce cas malheureux eût évité bien des déboires; par ses conclusions, l'auteur le reconnaît. « L'incision latérale, au moins chez l'enfant, est mauvaise, et médiane elle eût évité le foie. » Ni l'âge, ni le sexe ne font sans doute rien à l'affaire, et la vérité, c'est que jeune ou vieux, femme ou homme, tous les malades atteints d'énormes *cholécystites non calculeuses* devront être opérés par la voie médiane, vers laquelle la tumeur biliaire fait sa route. Il n'était donc pas sans importance d'insister sur le choix de l'incision.

II. — *La réduction de la tumeur.* — Lorsque le ventre est ouvert, le kyste biliaire se présente au chirurgien comme une tumeur généralement volumineuse. Elle contenait près d'un litre de liquide dans tous les cas de TERRILLON, seize onces de mucus visqueux dans celui de WILBET, vingt onces de pus dans celui de KEEN et MUSSER; trois litres de sérosité dans celui de

VINCENT, etc. Et ce volume même est un précieux renseignement pour le diagnostic, il constitue, je crois, pour le chirurgien, le premier indice que la *cholécystite* est *non calculeuse*. On peut dire, en effet, que le kyste biliaire d'origine lithiasique n'atteint jamais de telles dimensions. Ils ignoraient encore cette notion les premiers opérateurs qui, en présence de ces volumineuses tumeurs biliaires, s'attendaient à trouver à l'origine du cystique un calcul obturateur. Il n'y a pas longtemps qu'on écrivait encore : « Lorsque (1) le calcul s'arrête dans le cystique, la vésicule peut devenir le siège d'une hydropisie constituée par une sécrétion muqueuse plus ou moins abondante, due à une cholécystite catarrhale entretenue par le contact direct des calculs avec la paroi. »

Cette théorie née avant tout contrôle opératoire n'est exacte que pour un nombre infime de cas, mais il est certain qu'elle cesse d'être vraie pour la grande majorité des faits. L'hypothèse si simple, mais par trop mécanique du « calcul soupape », telle que la conçurent FRÉRICHS et CYR, a perdu bien du terrain ; la règle semble maintenant la suivante : A toute vésicule calculeuse correspond non pas un kyste biliaire par rétention, mais un cholécyste minime et rétracté. Grande fut donc la déception de tous ceux qui, imbus de la doctrine ancienne, reconnurent que les plus grosses vésicules ectasiées ne contenaient aucune pierre obturatrice et même que la voie de dégagement, le cystique, restait perméable. Une tumeur biliaire a d'autant moins de chance d'être calculeuse qu'elle est plus volumineuse.

Ce n'est pas là une vue de l'esprit. On peut invoquer ici le souvenir de tous ceux qui ont déjà une grande expérience en chirurgie biliaire et qui tous ont été frappés de l'atrophie fréquente des vésicules contenant des calculs. Je puis invoquer aussi les recherches de GUTTMANN (2) sur ce sujet : « La lithiasé,

(1) Sainton — Chirurgie de la vésicule biliaire. Revue générale du 24 janv. 1891. Gazette des hôpitaux.

(2) Guttman — Dilatation énorme de la vésicule biliaire avec calcination de la paroi externe. Société de médecine interne de Berlin, 16 juin 1890.

dit-il, ne détermine jamais de dilatation considérable de la vésicule. J'ai rencontré parfois un nombre très grand de calculs (486 calculs dans un cas) dans des vésicules à peine distendues... La règle est l'atrophie de la vésicule ». En revanche, cet auteur relate une observation absolument conforme à ce que je viens de développer, à savoir qu'un kyste vésiculaire a d'autant moins de chance d'être calculeux qu'il est plus volumineux. GUTTMANN trouva à l'autopsie d'une femme une énorme vésicule mesurant 16 centimètres de long, 12 de large, 30 de circonférence et contenant plus d'un tiers de litre de liquide épais de couleur brune. Aucun calcul dans les voies biliaires, mais la paroi externe du cholécyste était complètement calcifiée, au point qu'on fut obligé de l'ouvrir à la scie. La paroi interne était fibreuse et donnait insertion à des cloisons qui divisaient la cavité en deux loges. Autre fait intéressant, le cystique était parfaitement perméable. En somme, type pur de grosse tumeur biliaire avec épanchement, tumeur non calculeuse.

La constatation d'une énorme poche cholécystique faite dès que le ventre est ouvert, l'opérateur doit immédiatement penser qu'il se trouve en face d'une affection non lithiasique. C'est à une *cholécystite simple non calculeuse* ou à une *tumeur du pancréas* comprimant le cholédoque qu'il faut penser et si l'ectasie n'atteint pas le cholédoque mais seulement le cystique et la vésicule, on ne peut guère avoir affaire qu'à une *cholécystite non calculeuse*. Voilà, je crois, ce que l'expérience nous apprend par les observations d'empyèmes biliaires réunies pour cette étude ; elle nous indique aussi quelle conduite il convient de tenir.

Il est un moyen simple et commode qui réunit à lui seul une foule d'avantages. Il facilite tout à la fois les manœuvres ultérieures, il débarrasse le champ opératoire en amoindrissant le volume de la partie qui se présente, il amorce le travail de dissection des adhérences, enfin il proportionne les dimensions de la tumeur à celles de l'incision abdominale, ce moyen c'est la *ponction aspiratrice*. Tous y eurent recours et n'eurent qu'à

s'en louer. Ainsi firent KEEN (obs. II), TAYLOR, LANDERER, TERRILLON (cas n° I et II), PERRIER, KEHR, TERRILLON (cas n° III), RICKETTS, WILLET, etc., et en procédant de la sorte, ils se conformèrent à une pratique généralisée pour toutes les tumeurs kystiques de l'abdomen. Mais la ponction demeure parfois inefficace. STUART-NAIRNE tomba sur une vésicule à contenu extrêmement épais. RIEDEL, dans un cas, découvrit une substance caséeuse. L'incision franche de la tumeur devient alors le seul mode d'évacuation et trouve son application dans ces faits de substances gélatinenses que l'on aspire en vain, même avec un gros trocart. Elle est simple, elle est rapide, mais on se gardera bien de la considérer comme offrant les mêmes garanties que la ponction. Ouvrir à l'exemple de STUART-NAIRNE un cholécyste plein de pus suppose d'abord que l'on a hermétiquement fermé la cavité péritonéale et que l'on s'en tiendra à la fixation de la vésicule à la paroi. Tenter ensuite des manœuvres plus compliquées, alors qu'il y a eu large contact des régions voisines avec le contenu septique et par suite inoculation, essayer de libérer la vésicule de ses connexions ou de l'extirper devant un acte périlleux.

La seule règle recommandable est de retarder le plus longtemps possible ou même de supprimer totalement, si on le peut, tout contact avec le contenu septique d'un kyste biliaire, au moins tant que la grande cavité péritonéale n'est pas définitivement et parfaitement close. Se décide-t-on, par exemple, pour la *cholécystectomie*, on se rapprochera de l'idéal, en enlevant en un seul fragment, et sans l'avoir ouverte, la vésicule. C'est là la seule et vraiment bonne technique pour toute extirpation de poche septique, dût-on prolonger longtemps l'incision de l'abdomen.

III. — Libération de la vésicule et exploration des parties. —

Il est exceptionnellement rare que le kyste biliaire se présente libre de toute adhérence pathologique ; il ne faut guère s'attendre à trouver un globe lisse et brillant, dépourvu de

toute connexion avec les organes et feuillets péritonéaux qui l'entourent. PORTER et HEUSSMER, cependant, eurent cette bonne fortune. Mais d'habitude tout un treillis de fausses membranes dures et scléreuses fusionnent parfois en un vrai magma tous les viscères ambiants et masquent en partie le kyste qu'ils recouvrent, auquel ils assurent d'ailleurs bonne vitalité en lui fournissant autant de racines adventices. Le travail de la libération consiste à restituer à chacun de ces organes son indépendance ; à la vésicule principalement, centre principal de toutes ces lésions. Molles et glutineuses lorsqu'elles sont récentes, les adhérences cèdent comme dans un cas de TERRILLOX, au simple décollement avec les doigts ; la dissection sera menée aux ciseaux, au bistouri, à la pince pour les adhérences anciennes de toutes formes et de toutes dimensions, péritonéales ou épiploïques qui soudent le côlon au foie et le duodénum ou le grêle à la vésicule. L'hémostase demande à être faite avec soin avant chaque section ou rupture, car ces filaments ou membranes sont riches en vaisseaux de néoformation. Il arrive encore que le fusionnement se montre inextricable et dangereux à détruire, sous peine de dénudations intestinales ou de vastes suppressions du méso-côlon ou du mésentère. Pour de telles symphyses calleuses ou crétacées, plusieurs chirurgiens durent de suite renoncer à toute libération.

L'exploration des voies biliaires devient facile, lorsque les choses sont ramenées en l'état et la libération terminée. Déjà il a été dit comment il faut y procéder. En suivant les préceptes que nous donne QUÉNU, on saura vite si le cholédoque est ou non perméable, on reconnaîtra s'il y a néoplasme du pancréas ; il ne semble pas indispensable, au moins dans le plus grand nombre des faits et pour un chirurgien qui a fait son éducation dans cette manœuvre, de pratiquer le cathétérisme pour s'assurer que le « ductus communis » est parfaitement libre, premier point à résoudre dont l'importance est capitale.

IV. Choix d'un procédé. — Le ventre est ouvert, l'exploration

est achevée et l'on s'est assuré qu'il n'existe ni calcul, ni tumeur du pancréas, alors et alors seulement le chirurgien doit prendre son parti et terminer soit par *cholécystectomie*, *cholécystostomie* ou *cholécystentérostomie*. C'est entre ces trois seules méthodes que le parallèle doit être établi, ou mieux, c'est entre la première, opération *radicale* et *curative* d'une part, et les deux autres opérations, *palliatives*, d'autre part, que se concentre toute la discussion.

Les raisonnements par analogie mènent quelquefois loin de la vérité. L'extirpation totale du kyste biliaire et par suite sa *cure radicale*, telle est la pensée qui, la première, se présente à l'esprit, tel est l'objectif à atteindre, le but idéal vers lequel doivent tendre tous les efforts du chirurgien soucieux pour le présent de faire une opération complète et qui redoute pour l'avenir l'éternisation de la guérison et la persistance d'une fistule pyobiliaire, si fréquente dans les procédés palliatifs. Quiconque médite quelques instants sur la détermination à prendre en pareille occurrence arrive presque infailliblement au raisonnement suivant : Les kystes de la vésicule ne constituent, en somme, pour le chirurgien, qu'une variété parmi les kystes de l'abdomen ; la même thérapeutique générale leur convient : « Il faut, dit TERRIER (1), enlever la vésicule distendue, la traitant comme on fait d'un kyste de la face inférieure du foie. » Comme on a parfois une tendance naturelle à se laisser impressionner par les cas heureux, de kyste à kyste, on arrive au plus fréquent de tous, le vulgaire kyste de l'ovaire, que souvent l'opérateur trouve tout prêt à cueillir, qu'il extirpe avec la plus grande facilité, après placement d'un clamp à la base. Ce rapprochement n'est pas nouveau ; LANGENBUCH lui-même a comparé les dilatations de la vésicule biliaire aux kystes ovariens. Si bien que l'on est amené à déclarer que biliaire, hydatique ou ovarique, tout kyste doit être enlevé en totalité. Dans le kyste biliaire, les conditions s'annoncent tout

(1) Terrier : Bulletin de l'Académie de médecine, 1890, p. 841.

particulièrement heureuses et favorables ; le *volume* est un facteur accessoire — tout opérateur en a opéré de plus volumineux — et ce volume on le réduit. La *pédiculisatio*n, caractère qui, ailleurs, est si apprécié du chirurgien, est ici à peu près garantie en vertu de la disposition naturelle du canal cystique. Fait défavorable, le contenu est purulent ou *septique* ; mais par l'aspiration, il peut être soustrait sans la moindre crainte de contamination.

Enfin il n'y a guère à craindre de troubler l'équilibre de l'hydraulique biliaire, car le kyste biliaire lui-même s'est isolé du restant de l'arbre biliaire par obstruction du cystique. C'est sous cette apparence première que l'on serait tenté d'envisager la question en se plaçant à un point de vue purement opératoire. D'autre part interviennent maintenant des considérations d'un autre ordre et de grande valeur. L'extirpation possède absolument tous les avantages de l'opération palliative. Comme cette dernière, elle mettra fin aux douleurs et aux troubles réflexes ; mieux qu'elle, elle fera disparaître la tumeur abdominale qu'elle enlève tout entière. Enfin l'extirpation a sur les méthodes palliatives la double supériorité d'amener une cure parfaite sans persistance de fistule et d'assurer la guérison en un temps infiniment moindre. Tel malade qui est cholécystectomisé est absolument et définitivement guéri lorsqu'on procède à l'ablation des fils le 12^e jour. Au contraire cet autre patient cholécystostomisé est astreint à des pansements fréquents chargés de bile et de pus, et cela pour plusieurs mois, quelquefois pour toujours, ou même, il a la perspective d'une deuxième opération destinée à remédier à sa fistule, comme on en jugera en parcourant les résultats des cholécystostomies pour tumeur biliaire. En conséquence, la *cholécystectomie* est en l'espèce l'*opération de choix*. Ce raisonnement, qu'on trouvera peut-être un peu bien simpliste, n'en a pas moins rallié la grande majorité des auteurs. LANGENBUCH le premier considère comme justiciable de l'ablation totale les empyèmes et hydropisies de la vésicule. HIRSCHBERG arrive exactement à la même conclusion.

Pour CALOT, il faut cholécystectomiser les tumeurs biliaires séreuses ou purulentes et GUILLEMAIN (1) ajoute « Si l'hydropisie et l'empyème de la vésicule sont une même maladie, il faut leur appliquer le même traitement, qui est la *cholécystectomie*, si les parois de la vésicule sont malades; la *cholécystostomie* si elles le sont peu et si le cathétérisme permet de rétablir la perméabilité du canal cystique. » Enfin M. SEGOND (2) appuie de sa haute autorité cette manière de voir. « En cas d'hydropisie ou d'empyème, on fera la *cholécystectomie* à cette double condition que l'impossibilité de rétablir la perméabilité du canal cystique sera positivement établie et que de son côté la perméabilité actuelle du cholédocque sera indiscutable... Ces réflexions s'appliquent à l'hydropisie et à l'empyème *qui ne reconnaissent pas pour cause l'obstruction calculeuse* ». Je ne puis à mon tour et après tant d'autres que me ranger à l'opinion qui a séduit tous ces auteurs. Il n'est pas douteux que la *cholécystectomie* constitue l'opération de choix en *principe*, et quand elle est *applicable*, ajouterai-je.

C'est qu'en effet de la théorie à la pratique il y a parfois tout un monde et précisément ici il arrive que la *cholécystectomie* par tous conseillée, n'est pas encore sortie du champ des hypothèses. Je suis tout naturellement frappé de ne relever dans ma statistique *aucune cholécystectomie* pour ce groupe de tumeurs biliaires non calculeuses qui, de l'avis commun, constitue une des indications de la *cholécystectomie*.

Sans doute, on a déjà enlevé des tumeurs biliaires de moyen volume contenant calcul, assez rarement d'ailleurs, car la distension vésiculaire d'origine purement calculeuse est peu commune, et la règle reste que toute vésicule calculeuse est petite, atrophiée ou rétractée. Mais c'est surtout de la *tumeur biliaire vraie*, énorme kyste de la vésicule qui n'a rien à voir avec le calcul, tumeur biliaire typique et non calculeuse. C'est

(1) Guillemain.— Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 1891, numéro 91.

(2) Segond.— Traité de chirurgie de Duplay et Reclus, t. VII, p. 351.

de cette dernière seule, véritable *kyste biliaire*, qu'il s'agit. Or, un point inattendu et que ne connaissent peut-être pas tous les auteurs qui précèdent, c'est que la *cholécystectomie* préconisée par eux, dans le traitement des tumeurs biliaires, n'a jamais été réalisée jusqu'à ce jour. Il n'a été pratiqué jusqu'ici aucune extirpation totale pour kyste biliaire vrai, à moins que l'on ne donne le nom de *cholécystectomie partielle* à la résection partielle de la poche devenue trop vaste après l'évacuation, et que MM. TERRILLON (obs. III) et VINCENT fixèrent ensuite à la paroi abdominale. J'ai donc cherché, par une analyse soigneuse des observations, quelles raisons avaient ainsi pu éloigner tous les opérateurs du but idéal qu'ils n'avaient certes pas manqué de se proposer. Écoutons ces aveux qui méritent, de notre part, la plus haute considération, parce qu'ils nous viennent de chirurgiens de grande compétence. Je commence par LANGENBUCH, le père même de la *cholédocystectomie* : « Dans mes deux cas, dit-il, les adhérences étaient de tous côtés si étendues que je ne pus parvenir jusqu'au cholédoque. » Il n'est pas douteux que cette seule raison empêche ce chirurgien de pratiquer ensuite sa propre opération, que depuis deux ans il mettait en application. Même constatation dans le cas de LANDERER : « Des adhérences extrêmement épaisses existaient principalement avec le côlon ; la face inférieure de la vésicule était fusionnée avec ce méso-côlon. L'extirpation n'eut pas été possible sans séparer le côlon de son méso sur une surface d'au moins 10 centimètres ; en présence de ces difficultés, la cholécystectomie était absolument contre indiquée. »

Même réflexion dans la deuxième observation de TERRILLON : « La poche, par sa surface externe, avait contracté des adhérences intimes avec l'intestin, l'épiploon et les parties voisines. Impossible de songer à détacher ces adhérences trop étendues, trop épaisses. » « J'essaye de décortiquer les parois de la tumeur, nous dit encore TERRILLON dans un autre de ses cas, et de les séparer de la paroi abdominale, mais en vain, les adhérences sont trop solides ». PERRIER écrit : « J'essayai de décoller l'épi-

ploon de ses adhérences, mais elles étaient trop solides pour que je puisse le faire sans m'exposer à déchirer les organes auxquels il adhéraït ». Même difficulté dans la quatrième observation de TERRILLON, qui essaya en vain d'amener la vésicule au dehors; mais il existait de nombreuses adhérences et un épais tissu inflammatoire l'unissait à la face inférieure du foie. « Devant l'impossibilité, ajoute-t-il, où je me trouvai d'enlever cette vésicule qui avait contracté avec le foie des adhérences étendues et très anciennes, je fixai son ouverture à la paroi abdominale ». Enfin, BERGER se trouva en présence d'adhérences de la vésicule à la face inférieure du foie, dans une étendue considérable; « on voyait de gros vaisseaux et un réseau vasculaire très riche, se continuer de l'un à l'autre de ces organes, de telle sorte qu'une *extirpation* de la vésicule eût entraîné des *délabrements* et un écoulement sanguin considérables ». Et cette fâcheuse éventualité est la règle. Elle existait encore dans l'observation de RIEDEL, dans celle de ROBERTS, de VINCENT, de WICKOFF, etc., etc. En somme, dans toute cette première catégorie de cas, la *cholécystectomie* se montra contre-indiquée, du fait même des adhérences trop étendues. Ces dernières paraissent extrêmement fréquentes dans la tumeur biliaire non calculeuse et semblent varier proportionnellement à son développement.

A mesure qu'il grossit, le kyste vésiculaire contracte des connexions de plus en plus étendues, qui lui forment comme autant de racines adventices et de pédicules secondaires qui se prêtent mal à la dissection. Ceci n'est-il pas dû au trajet plus compliqué des feuillets péritonéaux dans la région.

Dans un second groupe de faits, la route cholédoccienne était manifestement barrée. Tel celui de WILLET, d'ALEXANDER, de BOND, de TERRILLON (cas n° III), de MAYO ROBSON, de WICKOFF, de ROSENSTIRN, etc. Cette obstruction du grand collecteur biliaire avait déjà été diagnostiquée à l'examen clinique du malade par la décoloration des selles et l'ictère. Elle fut confirmée pendant l'opération qui permit de constater

que l'obstruction n'avait pour cause ni un calcul, ni une tumeur du pancréas, mais des brides, coudures ou déviations, des sténoses inflammatoires contre lesquelles on ne put remédier sur le champ. Ainsi se trouve réalisée une nouvelle contre-indication de la suppression du cholécyste. La règle suivante est en effet d'une portée générale, s'applique aux affections calculeuses ou non, et tout le monde admet aujourd'hui que, comme l'a dit CALOT, « l'ablation de la vésicule doit être proscrite dans les cas d'occlusion du cholédoque, à moins que l'on ne puisse rendre, séance tenante, la liberté à ce conduit. » Ajoutons que dans un petit nombre de cas, l'hésitation persista dans l'esprit du chirurgien, même après l'opération, sur la perméabilité ou non du conduit commun, et que certains symptômes comme l'ictère chronique étant en faveur de l'obstruction, la *cholécystectomie* se trouvait contre-indiquée par prudence.

Ailleurs, l'état du malade était tellement compromis comme dans le cas de KEHR, de MAYO ROBSON, qu'il fallut aller au plus pressé et qu'une intervention de quelque durée comme la *cholécystectomie* eût emporté certainement ces patients faibles et cachectiques.

Enfin, une autre fois, la *cholécystectomie* eût été d'une exécution impossible, par ce fait que les parois de la vésicule, trop altérées pour supporter la moindre suture, l'étaient encore plus pour résister à la moindre tentative d'extirpation. Chose très curieuse, la *cholécystectomie* se trouvait ici contre indiquée, précisément par cette circonstance qui est considérée par plusieurs auteurs comme une des principales indications de cette opération. Presque tous admettent en effet qu'il faut cholécystectomiser les vésicules « qui ont, nous dit GUILLEMAIN, leurs parois très malades ». Or, elle était bien malade cette vésicule dont parle LUCKE : Surdistendue à l'excès et pleine de pus, elle était tellement amincie dans ses parois que toute suture était dangereuse, sous peine de perforer de part en part ce kyste purulent. Il fallut se contenter de l'amener à l'angle interne de

la plaie, attendre des adhérences spontanées pendant quelques jours et l'ouvrir ensuite. Prudente et sage conduite qui prouve que toutes les méthodes sont bonnes dans certains cas et que, même en 1896, il peut être indiqué de pratiquer une simple *cholécystostomie* telle qu'on la faisait aux premiers âges, c'est-à-dire en deux temps. Qui songerait à extirper une telle vésicule dont cependant les parois sont très malades et dont l'ablation serait tout à fait impossible ou se ferait par pièces et morceaux au beau milieu du pus!

Ainsi, ce travail de dépouillement terminé, je m'aperçois que c'est avec de bien grandes raisons qu'aucun des trente-trois chirurgiens qui opérèrent des *cholécystectasies non calculeuses* reculèrent devant la *cholécystectomie*, et en mettant les choses au mieux, elle n'eût guère été applicable que dans les deux seuls faits de PORTER et de HEUSSMER, où il n'existait ni adhérences, ni obstruction du cholédoque, ou enfin l'état général du malade était satisfaisant et la paroi de la vésicule suffisamment maniable. Donc, après avoir passé de la théorie aux faits, la désillusion est grande et comme les faits valent plus que toutes les théories du monde, je crois pouvoir dire que : l'opération radicale ou *cholécystectomie* est la méthode de choix pour les tumeurs biliaires, mais elle paraît devoir être *très rarement applicable* en l'espèce, même si l'on tient compte des progrès de la technique et de l'éducation des opérateurs. En pratique, l'opération palliative, la *cholécystostomie*, héritant de toutes les contre-indications de la première, semble destinée à rester pour ces cas l'opération courante ; lorsque la *cure radicale* est considérée comme impossible, c'est à l'intervention *palliative* qu'il faut s'adresser.

Par opération *palliative*, il faut entendre celle qui, laissant persister la poche kystique, se borne à assurer le parfait drainage du contenu par un orifice établi chirurgicalement, c'est-à-dire régulier, fermant l'accès aux régions voisines et assurant une perméabilité persistante. Ce drainage artificiel s'exécute selon deux méthodes : Dans l'une, on fait un drainage

interne en évacuant le contenu vésiculaire dans un viscère creux à proximité, dans le côlon, une anse grêle ou le duodénum, qui est chargé de transmettre par voie intestinale et jusqu'à l'anus le produit à éliminer. Dans l'autre, le drainage est établi immédiatement avec l'extérieur au niveau même de la vésicule.

Entre ces deux méthodes, laquelle est la bonne pour les kystes de la vésicule biliaire ?

Le drainage *interne* offre ici, comme dans les autres affections de la vésicule biliaire, l'avantage de ne laisser persister au dehors aucune difformité, aucun trajet fistuleux et suppurant qui nécessite pansement chaque jour.

Mais ses inconvénients sont grands et graves. Vider une poche septique dans un milieu septique comme l'intestin, c'est mettre cette poche dans l'impossibilité de guérir jamais, c'est s'exposer à laisser le malade porteur d'une suppuration profonde qui s'éternisera et fera de lui un *pyohémique*, sujet aux complications des vieux suppurés, à la phlébite, à la dégénérescence amyloïde de ses organes, à la fièvre hectique. C'est enfin l'exposer à des accidents de rétention purulente. En effet, la fistule cysto-intestinale qu'on abandonne dans le ventre, est sujette aux vicissitudes du péristaltisme intestinal et des déplacements viscéraux ; elle peut cesser son fonctionnement soit trop tôt, soit trop tard, et s'il faut y remédier, elle n'est point sous la main du chirurgien qui doit pratiquer une seconde ouverture du ventre. Pour toutes ces raisons, elle n'est guère à conseiller ici.

Il y a cependant une circonstance où la *cholécystentérostomie* paraît bien indiquée, c'est lorsque la cause de l'obstruction non calculeuse, brides, sténose, valvule, torsion, siégeant sur le cholédoque et ne pouvant être levée, la grande route de la bile vers l'intestin se trouve irrémédiablement barrée. On se trouve alors dans des conditions à peu près analogues aux distensions cholédocciennes et cholécystiennes par tumeur du pancréas. Faire alors une *cholécystostomie*, c'est dériver à la fois,

non seulement le pus, ce qui est légitime, mais aussi un liquide indispensable que l'intestin réclame pour la digestion entérique, l'humeur biliaire; c'est en outre assurer une fistule pyobiliaire perpétuelle, sans tendance à la guérison, puisque tout le produit de la sécrétion biliaire se déverse exclusivement à l'extérieur, en un mot, on aura doté le malade d'une infirmité spontanément incurable. Donc, si le chirurgien n'est guère autorisé à pratiquer un drainage cysto-entérique pour donner issue à un produit purement infectieux, il a, au contraire, intérêt à y avoir recours s'il s'agit du drainage *physiologique* dont le but est de ramener vers l'intestin un liquide absolument indispensable pour l'organisme. Par la *cholécystentérostomie*, les choses seront remises en un état aussi voisin que possible de la normale. L'opération a moins pour but de remédier à un trouble d'ordre *pathologique* qu'à un trouble d'ordre *physiologique*. Ces réflexions, ROSENSTIRN eut à se les faire le 17 juin 1893. Chez un non calculeux atteint d'ictère, de fièvre, et probablement d'obstruction cholédoccienne — bien que l'observation ne donne aucun renseignement à cet égard — il pratiqua une *cholécystoduodénostomie* avec le bouton de MURPHY. Tout s'annonçait bien pendant les jours qui suivirent l'opération, lorsque le patient succomba un mois plus tard. L'autopsie démontra que la bouche intestinale s'était refermée, ce qui coûta la vie à l'opéré. Avec ce seul cas, il est impossible de dire dès maintenant ce que l'on est en droit d'attendre de la *cholécystentérostomie* appliquée aux *cholécystites non calculeuses* et lorsqu'elle est indiquée. Tout ce qu'il est permis de prévoir, c'est que dans ces faits, à l'inverse de ce qui arrive quelquefois pour la *cholécystite calculeuse*, l'opération sera le plus souvent possible, parce que la vésicule ectasiée est généralement utilisable.

Plus simple et plus sûre, la *fistulisation externe* a fait ici ses preuves et l'on sait ce qu'elle peut. Les résultats qu'on lira bientôt démontrent que plus d'un malade lui doit la vie et la santé. Sur 33 *cholécystites non calculeuses* avec épanchement, 29 fois elle fut appliquée; 3 fois seulement il fallut la com-

pléter quelque temps après par une *cholécystentérostomie* secondaire. Elle semble réalisable dans tous les cas, sans exception et si la vésicule ne peut être amenée jusqu'au contact de la paroi, nous connaissons la conduite à tenir en pareil cas, pour prolonger jusqu'à l'extérieur le conduit vésiculaire. Au même titre, le procédé de SIMS et celui de RANSOHOFF sont recommandables, car si le premier permet d'explorer plus librement le contenu vésiculaire, le second a l'avantage de mieux protéger le péritoine de tout contact avec le milieu infecté. L'opération en deux temps est presque abandonnée actuellement et ne trouvera plus son indication ici, que pour quelques cas spéciaux comme celui de LINDLER signalé plus haut. En somme, la *cholécystostomie* sous toutes ses formes est et restera sans doute l'opération d'urgence et de pratique courante pour les *cholécystites non calculeuses avec distension*.

RÉSULTATS IMMÉDIATS

Peu de choses à faire remarquer dans les suites prochaines de la *cholécystostomie* qui, presque toujours, s'est montrée simple et sans gravité. Erythème, lymphangite et abcès de la plaie opératoire survinrent ici comme partout, entre les mains des opérateurs de l'ancien régime ; actuellement, il n'est plus guère question de tous ces accidents.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS ET DÉFINITIFS. — VALEUR DE LA CHOLÉCYSTOSTOMIE

Sur 32 cas, la *cholécystostomie* a fourni 8 morts proches ou éloignées du moment de l'intervention, mais qui, par leur date d'apparition, semblent en relation avec l'acte opératoire, ce qui donne une *mortalité* brute de 25 %. Mortes les deux premières opérées de KEEN, mort le deuxième opéré de TERRILLON,

mort celui de KEHR, celui de WILLET, de VINCENT, de WICKHOF et de ROGERS. De ce chiffre, il convient de retrancher le décès du patient de ROGERS, qui mourut un mois après l'opération de dysenterie, celui de WICKHOFF, qui est dû, non à la *cholécystostomie*, mais à la *cholécystentérostomie* consécutive qu'on dut pratiquer pour remédier aux inconvénients de la fistule biliaire; même abstraction à faire du cas de TERRILLON, dont la malade, déjà en dernier terme de cachexie avant l'intervention, fut opérée d'urgence et succomba à la marche progressive de sa consommation. D'où le chiffre de $19 \frac{4}{100}$ et cela en tenant compte de deux morts opératoires antérieures à l'ère *Listérienne*. En effet, les deux opérées de KEEN succombèrent très vraisemblablement de septicémie. Reste à mettre plus spécialement sur le compte de l'opération le décès de WILLET, amené par la perte très considérable de bile par la fistule. Quant à l'insuccès de VINCENT, il est dû certainement à un défaut de technique de l'opérateur et non à l'opération elle-même. Toutes ces considérations conduisent à dire que la *cholécystostomie* est actuellement et pour l'affection qui nous occupe une opération de gravité minime ou nulle, et cela sera surtout vrai lorsqu'elle sera faite à une période plus précoce de la maladie, lorsque sera bien entrée dans les mœurs médicales cette notion que la chirurgie ne consiste pas à faire de la chirurgie des agonisants.

Ainsi la fistule *cysto-cutanée* chirurgicale mérite d'être classée parmi les opérations bénignes et partant légitimes, mais ce qu'il s'agit maintenant de savoir, c'est quels résultats elle peut donner. Or, ils sont excellents, si l'on se place au point de vue du but qu'elle se propose : la cure de la tumeur biliaire non calculeuse. Il est en effet très remarquable que sur 24 cas elle fut suivie 23 fois d'une guérison complète et souvent inespérée. Par guérison complète, il faut entendre que l'ictère, s'il existait, disparut, que la tumeur diminua de volume, la fièvre tomba, les douleurs s'évanouirent. Une seule fois, elle se montra nulle en ses effets ; dans le deuxième cas de

RIEDEL, l'amélioration ne fut que passagère, la maladie reprit son cours. Donc la *cholécystostomie* constitue ici une excellente opération. Il y a toutefois un gros point noir, il résulte de ce fait même que la *cholécystostomie* n'est qu'une opération *palliative* et laisse en place le kyste biliaire suturé à la paroi. Cet inconvénient grave en ce sens qu'il détermine chez le malade une véritable infirmité ou menace même de produire à lui seul de graves troubles de la nutrition, est la *persistance d'une fistule pyobiliaire*. Sur 23 observations où les renseignements sont donnés à ce sujet, on relève que 16 fois il y eut fistule. De celles-ci, trois seulement s'oblitérèrent spontanément et cela non pas au bout de quelques semaines, mais après quelques mois, après 5 mois (TERRILLON), après 2 ans (RIEDEL), pendant lesquels le malade ne peut se dire complètement guéri.

Les 13 autres fistules furent permanentes et sans espoir de cure spontanée. Si encore, on pouvait y remédier facilement, le mal serait moindre, malgré la répugnance du malade à subir une deuxième intervention, mais ces fistules ne paraissent pas d'un traitement opératoire facile. On en jugera par les six cas qui suivent dans lesquels on dut pratiquer une opération secondaire uniquement pour tarir la fistule. LINDER, BOND, TERRILLON, eurent tous trois recours à une opération autoplastique, trois fois le résultat fut nul, les sutures se désunirent, le malade fit de la résorption, la plaie s'infecta ensuite par sa face profonde, enfin on vit la fistule se reformer tout comme auparavant. Aussi MAYO-ROBSON, WICKHOFF, ROGERS ne craignirent point dans leurs cas de s'adresser à une opération plus complexe. Ils firent une *cholécystentérostomie* secondaire afin de transformer en interne la fistule externe qui menaçait de persister indéfiniment. Le malade de ROGERS, nous l'avons vu, mourut un mois après de dysenterie, par conséquent il est à mettre de côté. Celui de WICKHOFF mourut dix heures après sa première opération. Le seul

succès obtenu jusqu'ici appartient à MAYO-ROBSON. Une guérison, une mort et quatre insuccès complets, tel est le résultat quelque peu négatif jusqu'ici des interventions secondaires destinées à la *cure de fistules pyobiliaires* post-cholécystostomiques et non calculeuses

Numéros d'ordre	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	OPÉRATEUR et Date de l'Opération	SEXE	NATURE de la MALADIE Diagnostic clinique	NATURE de l'INTERVENTION	RÉSULTATS IMMÉDIATS	RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
XXVIII	American Journal medical sciences. Janvier-avril 1879.	Keen, 4 novembre 1878.	»	Ictère. Tumeur rem- plissant la moitié de l'ab- domen. Diagnostic. Obstruc- tion du colécystique.	Cholécystostomie en un temps, vésicule mo- dérément épaisse, extrê- mement distendue.	Mort en 36 heures. (Hémorragie et col- lapsus).	»
XXIX	Revue de chirur- gie, 1885, p. 494.	Keen et Musser, 19 juin 1883.	H	Ictère. Douleurs hépa- tiques. Fièvre. Tumeur allant vers l'ombilic. Ponction capillaire. Une once de liquide visqueux. Diagnostic. Distension de la vésicule.	Laparotomie oblique. Grande difficulté à con- tenir l'intestin. Ponction de la vésicule. On retire vingt onces de liquide pyo-biliaire. Pas trace de calcul. Cholécystostomie en un temps. L'embouchure du cys- tique est introuvable.	Ecoulement san- guin par les points de suture. Mort le 7 ^e jour. Collapsus.	»
XXX	Britisch medical Journal, 1885.	Taylor, 5 sept. 1884.	F	Douleurs. Tumeur. Pas d'ictère. Diagnostic. Tumeur solide, probablement can- céreuse, ou tumeur hy- datique.	Laparotomie. Vésicule distendue. Ponction = 8 onces de muco-pus. Ou- verture de la vésicule. Exploration. Aucun cal- cul. Cholécystostomie en un temps. Drain.	Ecoulement san- guin par le drain.	Guérison. Cessa- tion de toute fistule muco-purulente non biliaire.
XXXI	Munch. med. Wo- chenschrift, 1886, n. 17.	Landerer, 15 nov. 1884.	»	Douleurs. Jamais d'ic- tère ni d'évacuation de calculs. Tumeur pirfor- me du volume d'une tête d'enfant. Diagnostic. Vésicule bi- liaire enflammée et épais- sie. Empyème probable.	Laparotomie latérale droite. Adhérences. La vésicule ressemble à un myôme utérin. Ponction = pus épais. Impossibi- lité de cholécystectomiser (adhérences). Impossibi- lité d'amener la vésicule à la paroi. Hépatopexie. Puis traversée du foie au trocard et au thermo, le sixième jour. Drain l'as- le moindre calcul.	Drainage se fait mal. Il faut élargir la fistule.	Guérison. Cessa- des douleurs. Dimi- nution de la poche. Mais persist d'une fistule insignifiante.
XXXII	Berliner Klinische Wochenschrift, 1887, p. 119.	Langenbuch, no- vembre 1886.	»	Coliques hépatiques. Ic- tère. Décoloration des matières fécales. Fièvre. Diagnostic. Calcul en- clavé dans le cholédoque.	Laparotomie. Athé- rences tellement nom- breuses que l'exploration du cholédoque fut im- possible. Cholécystecto- mie en deux temps. Li- quide purulent.	»	Cessation de la fié- vre. Le cholédoque se désobstrue. Les selles redeviennent bonnes. Cessation de l'ictère. Fistule ca- pillaire. Amél. natu- rendue. Augmente de neuf livres.

B. — PYÉMIÉS BILIAIRES (SUITE)
III. — *Cholécystites suppurées (non calculeuses) avec distension.*

Numéros d'ordre	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	OPÉRATEUR et Date de l'opération	SEXE	NATURE de la MALADIE Diagnostic clinique	NATURE de l'INTERVENTION	RÉSULTATS IMMÉDIATS	RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
XXXIII	Berliner Klinische Wochenschrift, 1887, p. 149.	Langenbuch, dé- cembre 1886.	»	Coliques hépatiques. Ictère. Décoloration des matières. Fièvre. Obstruc- tion du cholédoque.	Laparotomie. Colécys- tostomie en deux temps.	»	Suppression de l'ictère, de la fièvre, des douleurs. Per- méabilité du cholé- doque. Résultat mes- sager.
XXXIV	Erwin-Reipschlow- ger, Dissert. Inaug. de Strasbourg, 1887.	Lucke, 22 janvier 1887.	»	Pas d'ictère. Tumeur sensible à la pression, dépassant l'ombilic à 6. Ce prolongement 6. était un lobe supplémentaire du foie. Diagnostic ?	Laparotomie latérale droite. Prolongation de l'incision issue de l'in- testin. Difficulté de su- turer la vésicule à la paroi. Cholécystostomie en deux temps. 800 gr. de pus. Ni calcul, ni con- crétion biliaire.	»	Guérison parfaite sans fistule.
XXXV	Berlin. Klinische Wochenschrift, 1888.	Riedel, 6 septem- bre 1887.	F	Tumeur. Douleur. Pas d'ictère. Vomissements répétés. Diagnostic. Rein mo- bile.	Laparotomie. Adhé- rences épiploïques. Vési- cule distendue. Cholé- cystostomie en deux temps. 5 litres de pus sans calcul.	»	Guérison parfaite. La fistule met 2 ans à se refermer.
XXXVI	Berlin. Klinische Wochenschrift, 1888.	Riedel, 28 octobre 1887.	F	Douleurs. Vomisse- ments. Pas d'ictère. Ap- pendice linguiforme. Diagnostic ?	Laparotomie. Vésicule plissée, comme vidée. Cholécystostomie en deux temps. Paroi vésiculaire très épaisse. Pas de cal- cul.	»	Amélioration pas- sagère, puis l'état redevient ce qu'il était auparavant. Fistule.
XXXVII	Berlin. Klinische Wochenschrift, 1892, n. 12.	Lindler, octobre 1891.	F	Fièvre. Tumeur grosse comme les deux poings. Douleurs. Ictère. Diagnostic. Abcès du foie.	Laparotomie médiane. Vésicule sus-distendue à l'excès, parois extrême- ment amincies. Sutures dangereuses. Cholécys- tostomie en deux temps sans suture, colécystique fermé par valvule. Pas de calcul.	»	Guérison parfaite, mais fistule persis- tante. Opération pour fermer la fistule qui persiste en partie.
XXXVIII	Deutsch. Medicin. Wochenschr., 1890, n. 13.	Kocher, le 8 juin 1888.	F	Douleurs abdominales. Vomissements. Pas d'ic- tère. Tumeur. Ponction = 450 gr. de liquide biliaire. Diagnostic. Tumeur biliaire.	Laparotomie médiane. On fait en outre une in- cision latérale qui ne donne aucun résultat. Evacuation de liquide. Aucun calcul. Pus et bile. Cholécystostomie en un temps.	Abcès de la partie supérieure de l'inci- sion latérale.	Guérison, mais persistance d'une fis- tule.

XXXIX	Bull. Soc. Chirurgie, 1889, p. 228.	Terrillon, 20 août 1888.	F	Douleurs. Vomissements. Fièvre. Tumeur du volume d'un poing déviée à G. Ponction aspiratrice = 500 gr. de liquide brun. La poche se referme. Diagnostic. Dilatation de la vésicule par obstruction du colécystique.	Laparotomie médiane. Ponction = 700 gr. Adhrences trop étendues pour la dissection. Epaisseur de la paroi = 1 cent. Pas de calcul. Oblitération de colécystique. Cholécyctostomie en un temps.	Erythème.	Guérison parfaite. Embonpoint. Fistule se referme le cinquième mois.
XL	Lancet, 1888.	Stuart-Nairne, 1888.	F	Douleurs. Tumeur. Diagnostic. Tumeur sous-jacente au foie.	Laparotomie latérale. Evacuation au bistouri d'une bile très épaisse. Aucun calcul. Cholécystostomie de Sims. Drain.	»	Guérison complète. Fermeture de la fistule.
XLI	Bulletin général de thérapeutique, juin 1882.	Terrillon, 28 février 1889.	H	Tumeur descendant jusqu'à l'ombilic. Douleurs. Subicère. Ponction = aucun crochet, liquide biliaire. Diagnostic. Dilatation de la vésicule. La poche se referme en quelques jours.	Laparotomie latérale. On évacue 800 gr. de liquide verdâtre. Vésicule épaisse. Pas de calcul. Oblitération du cystique. Adhrences trop solides. Cholécystostomie.	»	Rétention au niveau de la fistule. Guérison complète. Irradiement de la cicatrice.
XLII	Leicester medical Society, 1e 6 déc. 1889.	Bond, mars 1889.	?	Diagnostic. Rétention biliaire. Obstruction du cholédoque.	Laparotomie. Cholécystostomie. Aucun calcul dans le cholédoque.	»	Fistule persistante, nécessitant une 2e intervention consistant en exploration du cholédoque. La fistule persiste.
XLIII	Bull. général de thérapeutique, 1894, p. 420.	Terrillon, 5 mai 1890.	F	Coliques hépatiques. Ictère. Douleurs. Vomissements incoercibles. Sélection des décolorées. Tumeur. Diagnostic. Obstruction du cholédoque.	Laparotomie d'urgence. Adhrences molles. Ponction = 220 gr. liquide biliaire. Dilatation considérable de colécystique, sans trace de calcul, obstructé par un obstacle membraneux. Cholécystostomie de Sims.	Amélioration passagère.	Mort le 25e jour, après l'opération, de consomption.
XLIV	Congrès français de chirurgie, 1891, p. 537.	Perier, novembre 1890.	F	Douleurs et vomissements sans ictère. Tumeur. Diagnostic. Coliques hépatiques à forme anormale. Letulle.	Laparotomie médiane. Adhrences très solides. Ponction. Pas de calcul. Cholécystostomie de Sims. Drain au centre.	»	Guérison, mais conserve fistule, donnant passage à du liquide qui n'est pas de la bile.
XLV	New-York med. Journ., 1890, 25 oct. p. 470.	Roberts, 1890.	F	Douleurs. Ictère. Diagnostic ?	Laparotomie. Adhrences. Vésicule suspendue. Pas de calcul. Cholécystostomie de Sims.	Mort 24 h. après. Absès juxta-vésiculaire.	»
XLVI	Berlin. Klin. Wochenschr., 16 janvier 1892.	Kebr, 1890.	F	Douleurs. Diagnostic. Tumeur de la vésicule.	Laparotomie. Hydropisie volumineuse. Evacuation. Pas de calcul. Cholécystostomie de Sims.	Mort le 42e jour. Pas d'autopsie.	»

B. — PYÉMIES BILIAIRES (SUITE)
III. — *Cholecystites suppurées* (non calculieuses) avec distention.

Numéros d'ordre	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	OPÉRATEUR et Date de l'Opération	SEXE	NATURE de la MALADIE Diagnostic clinique	NATURE de l'INTERVENTION	RÉSULTATS IMMÉDIATS	RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
XLVII	Gazetta de Karska Warszawa, 1891, n° 25-26,	Matlakowski, 1891.	?	Diagnostic. Hydropisie de la vésicule biliaire.	Laparotomie. Cholecystostomie en un temps.	»	Guérison. Fistule persistante.
XLVIII	Bulletin général de thérapeutique, 1892, p. 386,	Terrillon, 7 juillet 1891.	F	Douleurs. Jamais d'ictère. Tumeur. Diagnostic. Cholecystite chronique avec distention. Présence de calculs douteuse.	Laparotomie au niveau de la tumeur. Non-breuses adhérences. Evacuation = 250 gr. de liquide jaunâtre. Aucun calcul. Parois épaissies. Obstacle à 6 cent. dans le cystique, non calculieux. Cholecystostomie de Sims.	Amélioration. Catéchérismes nombreux.	Fistule persistante. 2 ^e opération pour la fistule. Echec. Fini par guérir un an après.
XLIX	Med. New., 3 sept. 1892, p. 267.	Porter, 29 février 1892.	F	Douleurs. Tumeur. Diagnostic. Dissection vésiculaire par calcul.	Laparotomie. Pénétrant dans la vésicule. Pas de calculs. Pas d'adhérences. Cholecystostomie de Sims. Drain.	Péritonite légère.	Guérison.
L	St-Louis-Clinique, vol. VII, janvier 1894.	Rickells, 1893.	F	Coliques hépatiques. Ictère. Tumeur légère. Diagnostic?	Laparotomie. Dilatation considér. de la vésicule. Ponction = 4 onces et 120 gr. de liquide non bilieux. Obstruction du colecystique. Cholecystostomie de Sims.	»	Guérison.
LI	Britisch Medical Journal, 1886, p. 903.	Willet, 17 mars 1885.	F	Ictère. Douleurs. Fièvre hectique. Tumeur du volume d'une orange. Diagnostic. Affection de la vésicule avec obstruction du cholédoque.	Laparotomie oblique. Ponction aspiratoire. 16 onces de liquide pâle. Pas de tumeur du pancréas. Cholecystostomie de Rankehoff. Oblitération du colecystique.	Amélioration manifeste.	Mort par suite de l'épuisement déterminé par l'écoulement de la fistule.
LII	Liverpool Medical Journ., juillet 1886, p. 508.	Alexander, 10 mai 1887.	H	Douleurs. Ictère. Vomissements. Fièvre. Selles décolorées. 3 ponctions successives = 40 onces de liquide biliaire + 10 onces + 1 pinte $\frac{1}{2}$. Diagnostic. Distention du cholécyste.	Laparotomie oblique. Cholecystostomie de Rankehoff. 8 pintes de bile. Pas de calcul. Drain.	Rétention dans la fistule insuffisante. Absces. Erythème.	Guérison sans fistule.

LIII	Revue de clinique, 1888, p. 753.	Vincent, 44 mai 1887.	F	Tumeur énorme. Douleurs. Décoloration des matières. Subiclére. Diagnostic. Distension de la vésicule.	Laparotomie latérale puis prolongée sur la ligne médiane. Hémorragie de l'intestin et épiploon. Adhérences. Cholécyctostomie de Ranohoff. Suture métallique. Pas de calcul. Epaisissement de la paroi vésiculaire. Drain. 3 litres de liquide.	H'hémorragie tous les jours. Mort d'hémorragie le 4 ^e jour. Autopsie. Erosion du foie par les fils métalliques.	»
LIV	Bull. Société chir. 1890, 18 juin.	Berger, 13 février 1890.	H	Douleurs. Ictère. Vomissements. Fièvre. Tumeur. Diagnostic. Cholécystite calculueuse.	Laparotomie. Vésicule énormément distendue. Adhérences très vasculaires. Contrindiquant. Cholécystectomie. Cholécystostomie Ranohoff.	Fistule par laquelle s'éliminent des incrustations calcaires. Persistance de cette fistule.	
LV	Medicinsko Obozrenie, t. XXIV, 1890, n° 20, p. 629.	Polakoff, 1890.	H	Tumeur. Pas d'ictère. Diagnostic. Kyste de la vésicule biliaire.	Laparotomie. Cholécystostomie de Ranohoff. Volume de la vésicule = 4 litres.	Guerison après un mois.	
LVI	Deutsch. Med. Wochens., 1889, n° 34.	Heussner, 1889.	F	Douleurs violentes. Ictère léger. Diagnostic ?	Laparotomie. Cholécystostomie idéale. Pas d'adhérences. Pas de calculs.	Guerison.	
LVII	In Delageniere, Thèse, Paris, 1894.	Mayo-Robson, 14 janvier 1888 et 2 mars 1889.	F	Ictère. Cachexie. Douleurs. Tumeur.	Laparotomie. Cholécystostomie. Pas de calculs. La fistule persistante détermine une infirmité. D'où cholécystentérostomie 3 mois après.	Guerison.	
LVIII	Wiener medic. Wochens., 19 janvier 1893.	Wickhoff, 14 et 28 août 1892.	H	Coliques. Ictère. Pas d'évacuation de calcul. Tuméfaction vague.	Laparotomie. Cholécystostomie de Sims. Adhérences épiploïques. Pas de calcul. Fistule persistante. Cholécystentérostomie secondaire.	Mort 10 h. après. Complication pulmonaire.	»
LIX	The Medical Forgingly, St-Louis, t. 204.	Rogers, 1894.	H	Douleurs. Diagnostic ?	Laparotomie. Cholécystostomie. Trois semaines plus tard cholécystentérostomie avec le bouton de Murphy.	Mort ultérieure, 4 mois après de dysenterie.	
LX	Paul. Men. Journ., San-Francisco, 1893.	Rosentirn, 47 février 1893.	H	Ictère. Douleur. Fièvre. Diagnostic ?	Cholécysto-duodénostomie avec le bouton de Murphy.	Amélioration.	Mort 4 mois après. Oblitération de la fistule cysto-intestinale.

IV. — LA CHOLÉCYSTITE NON CALCULEUSE FIBREUSE ET SANS ÉPANCHEMENT

DÉFINITION. — NATURE

Par ses caractères anatomiques et cliniques, par la thérapeutique particulière assez uniforme qui semble lui convenir, la cholécystite sans épanchement mérite d'être étudiée à part. Par sa nature elle correspond certainement à un degré en moins dans l'échelle de la virulence ; l'absence de pus, les proportions relativement faibles des adhérences périvésiculaires témoignent en faveur d'une virulence mais très notablement atténuée. Le seul examen bactériologique qui ait été pratiqué pour cette forme de cholécystite le prouve. Après avoir recueilli avec les précautions d'usage, puis ensemencé le contenu de la cholécystite non calculeuse enlevée par M. QUÉNU le 30 mai dernier, j'ai pu constater que le liquide était parfaitement stérile. Ce n'est pas à dire qu'en l'espèce, l'infection ait quitté définitivement la place. Les poussées fébriles et douloureuses qu'accusent les malades dont il s'agit, les adhérences molles et glutineuses qu'on trouve autour de leur cholécyste lorsqu'on les opère à une époque rapprochée d'une crise démontrent que le parenchyme vésiculaire désormais vulnérable est apte à des inoculations successives de source intestinale ou même nées sur place par réveil de l'infection première, peut-être encore l'infection se fait-elle par la voie détournée des adhérences cholécysto-intestinales.

A l'examen macroscopique, la *cholécystite chronique* simple se traduit par une vésicule de moyenne ou normale dimen-

sion. Sans doute il y a quelquefois épanchement véritable, mais celui-ci ne donne jamais lieu qu'à une *vésicule petit kyste* comme dans le cas de PÉAN, de KUMMEL et dans celui de QUÉNU.

Ailleurs, la vésicule se montre diminuée de volume ainsi que l'ont constaté THIRIAR, CZERNY, LAMBOTTE; le point qui frappe le plus est l'épaississement des parois. Elles étaient épaissies notablement dans mon cas, nous dit LANGENBUCH; épaisse de près de deux centimètres chez la malade de PÉAN, légèrement épaissies dans celle de THIRIAR, friable dans celle de PROEGER et celle de CZERNY, de LAMBOTTE, épaisse de un centimètre dans le cas de M. QUÉNU. Qu'elle affecte l'une ou l'autre disposition, qu'elle soit du type scléreux ou du type friable, la cholécystite non calculeuse dont il s'agit n'offre donc jusqu'ici aucun caractère spécial, en particulier elle ressemble beaucoup à la *cholécystite calculeuse* à petite vésicule rétractée. Ce n'est pas non plus par son contenu qu'elle présente un point spécial, le liquide épais et jaunâtre (PÉAN), brunâtre (THIRIAR), puriforme (KUMMEL), muqueux (CZERNY) ou hématique (QUÉNU), tout cela existe aussi dans la lithiase. Il en est de même des adhérences périvésiculaires parfois très serrées et qui sont signalées dans cinq cas sur huit.

Faut-il espérer trouver dans l'examen histologique un élément différentiel de quelque valeur? Oui s'il s'agit de distinguer une cholécystite d'un *néoplasme primitif* de la vésicule. Certaines infiltrations néoplasiques en plaque ou en virole seront même reconnues par ce seul moyen, au moins au début. Mais ce qui nous intéresserait plus, ce serait de savoir s'il existe entre la *cholécystite calculeuse* et la *non calculeuse* une différenciation appréciable sous le microscope. De part et d'autre, les recherches sont à cet égard peu avancées, mais ce que je puis dire pour le cas que j'ai étudié, c'est qu'il différerait beaucoup des descriptions données par PILLET (1) et HARTMANN, LÉTIENNE (2),

(1) Pillet.—Lésions de la vésicule biliaire contenant des calculs. Bulletin de la Société anatomique, 1891, p. 500.

(2) Létienne. — Thèse citée.

DUPRÉ (1), concernant les vésicules calculeuses. Absence d'épithélium ou sa transformation en petits amas d'éléments polygonaux. — Disparition des glandes. — Sclérose du chorion avec accumulation de cellules embryonnaires périvasculaires ordonnées en nodules miliaires. — Atrophie constante des fibres musculaires déjà signalée par FRERICHs. — Sclérose de la bande celluleuse qui sépare la vésicule du tissu hépatique, sa disparition en alvéoles adipeux et sa prolongation jusque dans les espaces portes du parenchyme hépatique également scléreux, — enfin sclérolipomatose périvésiculaire comparable à la capsule du rein enflammé, telles sont les lésions vues et étudiées par ces auteurs. D'autre part, dans le seul fait de *cholécystite non calculeuse* que j'ai observé, l'épithélium persistait partout, conservant sa forme régulièrement cylindrique, son caractère mucipare, c'est-à-dire que l'ulcération, contrairement à ce qu'on avait vu à l'œil nu, n'existait pas. Les glandes étaient parfaitement conservées et leur épithélium était resté normal jusqu'au fond des culs-de-sacs. Le chorion avait pris au niveau du point le plus malade une exubérance remarquable, se manifestant sous forme d'une disposition papillomateuse et arborescente. Par places même, ces villosités voisines s'anastomosaient ensemble par une partie de leurs points de contact, limitant ainsi des anastomoses en arcades; dans l'intérieur de ces arcades, seulement là, l'épithélium tombait en desquamation. Le chorion, ainsi que ses émanations papillaires, était scléreux, transformé en hyperplasie fibroïde avec quelques rares cellules conjonctives aplaties. Pas de nodules miliaires, ni d'accumulation de cellules embryonnaires. Hypertrophie énorme des fibres musculaires (2). Peu de sclérolipomatose, sauf au niveau de la bande celluleuse interhépato-vésiculaire, où de nombreuses vésicules adipeuses se juxtaposent en une élégante trainée. En outre, ce qu'il y

(1) Dupré. — Thèse citée.

(2) Cette hypertrophie a été signalée par BARTH et DENNÉ (thèse 1886). Selon ce dernier auteur, l'hypertrophie musculaire peut donner à la vésicule calculeuse une conformation analogue à celle de la vessie à colonnes.

à de plus frappant avec l'hypertrophie musculaire, c'est une endartérite des plus intenses. Ainsi, par tous ces points, l'aspect est absolument distinct de celui des vésicules étudiées plus haut; il y a cependant la même transformation scléreuse de la bande celluleuse inter-vésiculo-hépatique avec prolongements scléreux vers les espaces de KIERNAN les plus voisins. Aux recherches ultérieures de montrer si quelques-unes de ces lésions ont un caractère de fixité permettant d'établir des caractères différentiels. Quoiqu'il en soit, le processus scléreux domine manifestement; le tissu interstitiel est plus malade que le tissu épithélial, relativement intact.

C'est pourquoi on peut appeler les lésions dont il s'agit : *cholécystites parenchymateuses* ou *interstitielles*, si l'on veut exprimer le siège maximum des lésions. La cholécystite parenchymateuse offre avec la salpingite parenchymateuse des ressemblances qui étaient frappantes dans mes coupes. Résistance et persistance de l'élément épithélial, même au niveau des points les plus altérés. Hypertrophie du derme sous forme de franges et de villosités élégantes. Anastomose en arcades de villosités voisines, sont autant de lésions sur lesquelles insista M. CORNIL à propos de certaines salpingites. On les retrouvera avec la plus grande netteté dans le cas de *cholécystite parenchymateuse et non calculeuse* que je présente.

« Je me suis demandé, dit THIRIAR, s'il n'existait pas des vésicules *irritables* au même titre qu'il y a des vessies douloureuses et irritables ». Cette hypothèse mérite qu'on s'y arrête. L'auteur veut-il parler de vésicules douloureuses mais *sine materia*, sans lésions, de phénomènes purement nerveux et fonctionnels, sorte de *névralgie* de la vésicule, de *cholécystodymie*, pourrait-on dire. La chose reste entièrement à démontrer. Que si au contraire il faut entendre par là des vésicules douloureuses mais avec *substratum anatomique*, avec altération visible à l'œil nu ou par l'examen microscopique, alors l'hypothèse n'attend plus sa confirmation scléreuse de leur paroi. Aussi avec la *cholécystite parenchymateuse et non calculeuse*,

nous voyons réapparaître la douleur à un haut degré. Beaucoup plus douloureuse que la tumeur biliaire, la *pachycholécystite* dont il s'agit ici se manifeste cliniquement sous forme de crises violentes (cas de LANGENBUCH, de PÉAN, de THIRIAR, de KUMMEL, de CZERNY, de LAMBOTTE), crises régulièrement prises jusqu'ici et à tort par des accès de colique hépatique, ainsi que le prouve l'absence de tout calcul constaté avant, pendant et après l'opération dans chacun de ces cas. Il est, je crois, presque certain que ces douleurs paroxystiques et intermittentes avec point cystique ou irradiations à l'épaule sont symptomatiques, non pas d'une affection lithiasique et de la migration d'un calcul, mais de transformation fibroïde du parenchyme cholécystien, et la douleur s'expliquerait ici vraisemblablement par la compression intra-pariétale des fins rameaux nerveux qu'étouffent de nombreuses gangues rétractiles. Cliniquement, les cholécystites dont nous parlons sont paroxystiques et intermittentes, elles donnent lieu à ce qu'on peut appeler des *cholécystites « à répétition »* par analogie à ce qui se passe pour le processus appendiculaire. A la douleur s'associent souvent des troubles gastriques intenses ; c'est ce qu'il y avait de bien remarquable dans l'observation de M. QUÉNU. La malade vomissait depuis dix ans fréquemment et abondamment ; dès que sa vésicule fut extirpée, les vomissements cessèrent et par suite la nutrition reprit rapidement son cours normal. De sorte qu'on est presque en droit de se demander s'il n'existe pas un réflexe entre la vésicule et le pylore ; la vésicule supprimée, le spasme pylorique s'évanouissait. Enfin, la vésicule rigide et dépourvue de souplesse peut faire saillie sous forme d'une tumeur lisse et arrondie très sensible à la pression. La *pachycholécystite* est-elle justiciable d'un traitement chirurgical spécial, c'est ce qu'il reste à étudier.

HISTOIRE

Depuis deux ans déjà LANGENBUCH pratiquait couramment la *cholécystectomie* pour affections calculeuses, lorsqu'en 1884, la

première occasion lui fut donnée d'extirper une vésicule qui pour toute lésion offrait un épaissement notable de ses parois, mais ne contenait aucun gravier. PÉAN, l'année suivante, opérait une malade qu'il croyait atteinte d'un sarcome du foie. Le ventre ouvert, il ne découvrit, en fait de néoplasme, qu'un cholécyste chroniquement enflammé dont les tuniques ne mesuraient pas moins de deux centimètres d'épaisseur.

Pas plus que les deux précédentes, une troisième malade cholécystectomisée par THIRIAR en 1887, ne portait aucun calcul en ses voies biliaires. PROEGER, puis KUMMEL en 1890, tinrent la même conduite dans deux cas identiques, conduite radicale et qui toujours consistait en l'ablation totale de la vésicule. Une seule fois on dut se borner à une opération palliative ; le cholédoque paraissant obturé et non par un calcul, LAMBOTTE se décida pour la *cholécystostomie*. La fistule cysto-cutanée persistait encore un an plus tard et ne guérit que grâce à une cholécystentérostomie secondaire. Enfin le 30 mai 1895, M. QUÉNU (obs. personnelle) enlevait aussi une *cholécystite parenchymateuse sans calcul*.

INDICATIONS

Il est parfaitement possible que toutes les cholécystites interstitielles ne réclament pas un traitement chirurgical, mais ce qui n'est pas douteux non plus, malgré le petit nombre de cas dont nous disposons, c'est qu'il existe des *formes douloureuses* qui ne sont curables que par la seule extirpation du cholécyste. Déjà les preuves sont frappantes. La malade de LANGENBUCH avait épuisé et sans succès la thérapeutique médicale tout entière ; elle ne se calmait que grâce à la morphine et la morphinomanie aggravait encore son état. Les douleurs étaient intolérables dans la région de la vésicule. — Cette autre de THIRIAR avait des lésions peu marquées à l'œil nu et « c'est parce que toutes les médications s'étaient montrées

vaines », que la *cholécystectomie* fut pratiquée. En présence de douleurs hépatiques dont l'intensité croissait sans cesse, en présence de l'inefficacité d'un traitement médical de plusieurs semaines, d'un dépérissement rapide et d'une ascension thermique vespérale, KUMMEL résolut de cholécystectomiser une de ses malades, et grand bien lui en prit, car six semaines après cette femme de 26 ans avait augmenté de quarante livres. Mêmes douleurs dans l'observation de CZERNY, mêmes douleurs dans celle de LAMBOTTE.

La conduite à tenir, les auteurs qui précèdent nous l'indiquent suffisamment. Un traitement médical sera institué pendant quelque temps et de son inefficacité on conclura à la nécessité d'une intervention chirurgicale. Peut-être reconnaîtra-t-on un jour qu'il n'y a aucun avantage à tergiverser et qu'il y a en revanche de graves inconvénients à laisser les adhérences péri-vésiculaires se multiplier et s'organiser, la vésicule s'indurer ou se friabiliser, éléments de haute importance, car ils changent les conditions opératoires et sont capables de rendre laborieuse ou impossible toute cholécystectomie qui, quelques semaines plus tôt, eût été moins grave et d'une exécution plus facile. Donc si l'opération ne doit pas être trop précoce — car il faut attendre ce que peut donner le traitement médical — elle évitera d'être trop tardive pour être pratiquée dans de bonnes conditions. Mais j'ai mis les choses au pire en parlant seulement de vésicules douloureuses, l'élément douleur ne parle pas toujours aussi haut. La meilleure preuve c'est que dans notre observation personnelle, l'affection était tolérable; en revanche, les troubles digestifs, les vomissements dominaient la scène. Depuis dix ans, je l'ai déjà dit, cette femme vomissait sans cesse et par suite s'amaigrissait lentement et progressivement. Donc à côté des formes douloureuses, il y a peut-être des *formes gastriques ou dyspeptiques* plus insidieuses et plus traînantes dans leur évolution, mais qui mènent sûrement à la cachexie par la voie détournée de l'inanition. Le résultat remarquable obtenu dans notre cas par la *cholécystectomie* tend

à prouver qu'ici encore l'extirpation sanglante est le seul et vrai traitement de la maladie cholécystique non lithiasique à forme dyspeptique.

Les faits sont encore trop peu nombreux pour permettre de donner à ce sujet une formule définitive.

MANUEL OPÉRATOIRE

A l'inverse de la tumeur biliaire, la *pachyholécystite* sans épanchement semble théoriquement et pratiquement justiciable de la seule *cholécystectomie*. Sur huit fois, elle ne fut pas pratiquée moins de sept fois, et avec un rare bonheur. Ce n'est pas à dire qu'elle soit ici plus facile qu'ailleurs en son exécution. Si LANGENBUCH et KUMMEL n'éprouvèrent aucune difficulté, PÉAN, PROEGER, QUÉNU rencontrèrent de nombreuses adhérences, ce qui est presque la règle. L'opération de CZERNY et celle de THIRIAR furent particulièrement laborieuses ; l'une, par suite de la friabilité de la vésicule qui se laissa déchirer ; l'autre, par des adhérences duodéniques, telles que cet intestin fut dénudé et dépourvu de sa séreuse sur une grande surface ! Faut-il ponctionner ou inciser la vésicule ? Dans un but d'exploration, PÉAN crut bon d'évacuer par un large trocart le contenu de la vésicule, puis d'inciser cette dernière pour y engager le doigt. A moins de ne pouvoir faire autrement, cette pratique est absolument défectueuse dans les cas dont il s'agit. S'il y a épanchement, il est en faible quantité, et la tumeur n'a nullement besoin d'être réduite de volume pour être extirpée plus facilement. Recherche-t-on s'il y a un calcul dans son intérieur, la simple palpation médiate à travers les parois donne d'ordinaire des renseignements suffisants. Il y a, au contraire, un intérêt extrême à enlever, à l'exemple de QUÉNU, la vésicule intacte et en une pièce sans y établir le moindre orifice ou la moindre section. Le sac vésiculaire doit être extirpé à la façon d'une poche septique avec le soin constant

de n'établir sur ce kyste aucune déhiscence. Ainsi, l'opération entière pourra être faite sans contact avec la zone vraiment infectieuse. Ainsi se trouveront réduites au minimum les chances de contamination.

La *cholécystectomie* est ici l'*opération de choix*, la fistule cysto-cutanée n'intervient que comme mode de nécessité. Alors même que le cholédoque paraît oblitéré par une compression extrinsèque, bride, membrane, ou sténose, on peut encore tenter l'extirpation radicale, comme l'a fait CZERNY, fait dans lequel le cholédoque parut oblitéré par des adhérences extrinsèques. Il ne faut pas renoncer d'emblée à l'opération radicale et pratiquer sur-le-champ une *cholécystostomie*. Préalablement, on cherchera à remettre les choses en l'état, à sectionner cette bride ou à déchirer cette membrane dans l'espoir de rétablir le libre chemin de la bile vers l'intestin. Ce travail terminé, il est plus sage de s'arrêter là, car rien n'assure que, même l'étranglement cholédoccien levé, la voie naturelle redeviendra libre, et dans le doute il serait aléatoire et par suite imprudent d'enlever dans la même séance la vésicule. D'autre part et si l'on envisage ses suites, la fistule cysto-cutanée est bien peu séduisante lorsqu'on l'établit dans ces conditions : Ces vésicules parenchymateuses et rigides qu'on va suturer à la paroi abdominale avec une oblitération probable du cholédoque n'ont, du fait même de cette rigidité, aucune tendance à se refermer spontanément. L'exemple donné par LAMBOTTE vient à l'appui de cette manière de voir. Cet auteur trouva une cholécystite non calculeuse et une obstruction du conduit commun ; il ne chercha pas à rendre à ce dernier sa libre canalisation, mais créa de suite une fistule biliaire externe.

La malade se mit à perdre 350 grammes de bile par jour et la fistule menaçait de persister indéfiniment. Comme au bout d'un an la perte de la bile ne s'élevait pas à moins de 127 kilogr., ce chirurgien se mit en devoir de transformer la fistule biliaire externe en fistule interne cysto-colique, la seule qui fût possible. Il serait peut-être préférable en pareille cir-

constance, et si cela est réalisable, de consacrer la première opération à la simple destruction des adhérences, à se borner autant qu'on le pourra à *rétablir le cours normal de la bile*. Celui-ci obtenu, on ferait ensuite dans une seconde séance et quelque temps après une *cholécystectomie*; le patient bénéficierait ainsi des avantages de l'extirpation totale sans être exposé aux interminables inconvénients de la *cholécystostomie*. On dit bien que, la vésicule ouverte, les phénomènes inflammatoires s'éteignent dans tout l'arbre biliaire et que le cholédoque, d'abord imperméable, reprend son calibre sous l'influence de cette heureuse sédation et au besoin par l'effet d'un cathétérisme quotidien, mais cela n'est pas certain. Comme on le voit, rien n'est plus délicat que de prendre un parti en pareille circonstance. J'ai voulu insister sur ce point, pour montrer quel intérêt il y aurait à éviter le plus possible une *fistulisation externe* pratiquée dans ces conditions et destinée à persister et à nécessiter plus tard une *cholécystectomie* ou une *cholécystentérostomie* secondaire atypique, lesquelles seront réalisées elles-mêmes dans des conditions peu favorables. Si cependant l'état général est profondément délabré et la cholémie intense au moment où on est appelé à intervenir, il est clair qu'il faut agir de suite et que la *cholécystostomie* devient ici l'opération d'urgence et de nécessité.

En résumé, la *cholécystectomie* doit rester la méthode d'exception, celle à laquelle on n'aura recours qu'en dernière analyse; par contre, la *cholécystectomie* s'est affirmée jusqu'ici comme étant la méthode de choix. On remarquera — et THIRIAR insiste sur ce fait — que le traitement chirurgical de la cholécystite interstitielle diffère de celui de la cystite interstitielle et douloureuse. A ces deux affections de même ordre correspond une thérapeutique toute distincte. Tandis que dans la cystite douloureuse, on n'a comme seule ressource opératoire que la cystostomie sus-pubienne, dans la cholécystite douloureuse on dispose de deux modes d'action : la fistulisation, opération palliative et sédative; l'extirpation, opération radicale;

c'est à cette dernière qu'il faut naturellement donner les préférences, chaque fois qu'elle est possible.

RÉSULTATS IMMÉDIATS

Le traitement chirurgical n'a donné lieu à aucune particularité post-opératoire. Tout se passa pour le mieux chez presque tous les opérés ; dès le lendemain déjà le mieux s'annonçait chez quelques-uns ; dès la première semaine, les douleurs et même l'ictère disparaissaient chez quelques autres. Seul CZERNY eut une complication due à la déchirure de la vésicule qui se produisit pendant les premières tentatives d'extirpation. Par cette rupture, la bile fit irruption et le champ opératoire se trouva très légèrement infecté ; comme conséquence, une fistule s'établit au niveau de la plaie, s'ouvrant d'une façon intermittente. Comme autre conséquence, un travail d'adhérences douloureuses se produisit dans toute la région, adhérences qui nécessitèrent plus tard une deuxième laparotomie destinée à la section et à la libération de ces dernières. Cette complication vient à l'appui de ce que je développai plus haut, à savoir, qu'il faut éviter, chaque fois qu'on le peut, tout contact avec le contenu de la vésicule, que toute ponction ou incision de cette dernière, faite de propos délibéré, et dans un simple but de diagnostic, doit être proscrite.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

Deux décès figurent dans ces huit interventions chirurgicales, tous deux sont purement accidentels et n'ont absolument rien à voir avec le traitement. C'est la malade de LANGENBUCH, qui succomba plus tard d'une méningite tuberculeuse et chez qui on découvrit un tubercule caséux du plexus choroïde gauche ; c'est celle de PROEGER, qui fut intoxiquée par une dose

excessive de morphine. Hormis ces deux malheurs, les résultats furent remarquablement favorables. L'opéré de LANGENBUCH cessa de souffrir dès son opération, puis guérit complètement par la suite. Guérie la malade de PÉAN, guérie aussi celle de THIRIAR, qui n'accusa plus la moindre douleur et augmenta de 10 kilogs, guérie radicalement celle de KUMMEL, qui fut prise bientôt d'une véritable « voracité » profitable d'ailleurs, car elle augmenta de 40 livres en cinq ou six semaines ; guéri aussi l'opéré de CZERNY, malgré la fistule pyobiliaire qui subsista quelque temps et malgré une deuxième opération nécessitée par la formation d'adhérences douloureuses ; guérie enfin la malade de QUÉNU qui, six mois après, est augmentée de 6 kilogs. Voilà certes des résultats qui parlent d'eux-mêmes et permettent de juger à la fois la nécessité et la valeur de la cholécystectomie pour cholécystite interstitielle non calculeuse. Cette page est une des plus belles de toute cette étude.

Bien inférieur se trouve être le résultat de LAMBOTTE qui fit, nous l'avons vu, la *cholécystostomie*, par nécessité il est vrai, puisque le cholédoque était oblitéré ; par urgence même, puisque l'état général devenait très grave, nous dit l'observation. Des flots de bile s'écoulaient chaque jour dans le pansement ; après plus d'un an, l'orifice versait encore 350 gr. de liquide biliaire par jour.

Des malaises survinrent qui nécessitèrent un abouchement de la fistule dans le segment d'intestin qui se trouva à portée, le côlon. Comme point particulier, on employa le procédé de DUPUYTREN pour la cure des fistules stercorales avec entératome, ce qui échoua complètement. LAMBOTTE imagina alors d'introduire un drain qui, de la vésicule, pénétrait dans le côlon et sortait par l'anus, long de un mètre sur 8 millim. de large, retenu à la vésicule par un point de suture. Par l'effet d'un purgatif, le drain se déroula dans l'intestin et sortit par l'anus, toute la bile suivit ce trajet. Puis quand la fistule fut desséchée, le point de suture qui retenait l'extrémité supérieure du drain fut sectionnée et celui-ci expulsé par l'anus. Par sa

curiosité, ce traitement ne pouvait être passé sous silence. Quoiqu'il en soit, la malade, nous dit-on, n'éprouva aucun inconvénient de l'abouchement de la vésicule dans le côlon, bien qu'elle eût très vraisemblablement continué à éliminer une masse quotidienne de 350 gr. de bile supprimée aux fonctions digestives et c'est ainsi qu'elle finit par guérir complètement. Ce cas mis à part, il faut reconnaître que la thérapeutique chirurgicale a fait merveille ici et fait ses preuves. Après cela l'hésitation est elle encore possible, dira-t-on avec GUILLEMAIN (1) « C'est une dernière classe de malades que LANGENBUCH a prétendu, à tort peut-être, justiciables de la cholécystostomie, ce sont ceux qui, sans tumeur ni fistule biliaire, souffrent à des intervalles très rapprochés de coliques hépatiques atroces et résistant à tous les moyens médicaux ». Quant à moi, impressionné par ce que j'ai lu et vu sur ce point particulier, je ne mets pas la même réserve et je suis de ceux qui pensent avec LANGENBUCH, THIRIAR, que la maladie cholécystique non calculeuse n'a qu'un seul traitement. L'extirpation de la vésicule lorsqu'elle est indiquée toutefois (douleurs, troubles gastriques) et lorsqu'elle est possible.

(1) Guillemain.— Loco citato.

B. PYÉMIE BILIAIRE.

IV. *Cholécystite fibreuse (non calculuse) sans épanchement.*

Noméros d'ordre	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	OPÉRATEUR et Date de l'opération	SEXE	NATURE de la MALADIE Diagnostic clinique	NATURE de l'INTERVENTION	RÉSULTATS IMMÉDIATS	RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
LXI	Berlin, Klin. Wochens. 1884. Nos 51 et 52.	Langenbuch. 1884.	H	Doitours intolérables. Fièvre.	Laparotomie. Aucun calcul. Parois de la vésicule inflammées et épaissies notablement. Cholécystectomie.	Disparition immédiate des douleurs.	Généralisation complète. Mort ultérieure de méningite tuberculeuse.
LXII	Cliniques de Péan. No 755. 1885.	Péan. 1885.	F	Doitours très vives. Tumeur dans la région vésiculaire. — Au sein, tumeur squirrheuse. Diagnostic. Sarcome. Ictère.	Laparotomie latérale droite. Dissection d'un foyer de peritonite enkystée. Vésicule à parois épaissies de 2 centimètres. Fonction et incision de la vésicule. Aucun calcul. Cholécystectomie.	»	Généralisation.
LXIII	Congrès, français de chirurgie. Séance du 15 mars 1888.	Thiriar. 23 juillet 1897.	F	Doitours violentes. Vomissements. Ictère. Plusieurs crises suivies d'ictère. Pas de calcul dans les selles. Diagnostic. Attection lithiasique.	Laparotomie. L'auteur voulait faire la cholécystostomie, mais se décida pour la cholécystectomie. Adhérences de la vésicule au pylore. Vésicule en forme de cornemuse à parois minces. Cholécystectomie.	Quelques vomissements. 38% le lendemain.	Généralisation parfaite. Augmente de 10 kilog.
LXIV	Montréal médical Journal. 1889-90. XVII, p. 881-885	Procyer. 23 janvier 1890.	F	»	Laparotomie. Vésicule légèrement distendue à contenu puriforme. Dissection facile. Cholécystectomie.	Mort. (Dose excessive de morphine.)	Généralisation parfaite. Suppression de tous les symptômes. Vomissements. Augmente de 40 livres en 6 semaines.
LXV	Deutsch. Medizin Wochens. 1890. No 12, p. 132.	Kummel. 1890.	F	Coliques hépatiques et Ictère grave. Fièvre. Diagnostic ?	Laparotomie. Vésicule légèrement distendue à contenu puriforme. Dissection facile. Cholécystectomie.	»	Généralisation parfaite. Suppression de tous les symptômes. Vomissements. Augmente de 40 livres en 6 semaines.
LXVI	Beiträge zur Klinischen Chirurgie. 1892.	Czerny-Mermann. 12 avril 1894.		Vomissements. Gastralgie. Ictère. Pas de calculs dans les selles. Coliques hépatiques. Diagnostic. Cholécystite chronique. Résection de la vésicule sur le calcul.	Laparotomie oblique. Adhérences très nombreuses. Vésicule rétractée, graine comme le doigt, friable, se déchire. Aucun calcul. Clôture de la vésicule mite.	Le 3 ^e jour une fistule s'est établie par la plaie, puis s'ouvre d'une façon intermittente. Les douleurs reprennent ou les interprète par formation d'adhérences nouvelles.	Deuxième opération pour détruire ces adhérences. Guérison complète.
LXVII	Journal de médecine de Bruxelles. Juillet 1892.	Lambotte. 1892.	F	Crises hépatiques. Jaunissement de calculs. Ictère intense. Etat général devient grave.	Cholécystectomie.	Fistule biliaire donnant 127 kilog. de bile en un an.	Malaise. Dépendance considérable de la bile. Fermeture de la fistule par un procédé spécial. Guérison.
LXVIII	Observation personnelle et inédite	Quéau. 30 mai 1895.	F	Vomissements depuis 10 ans. Amaigrissement. Petit tumeur. Diagnostic. Cholécystite chronique.	Laparotomie latérale droite. Dissection d'adhérences. Pas de calculs dans les voies biliaires. Vésicule à paroi épaissie de 1 c. Cholécystectomie.	Cessation des vomissements dès le surlendemain.	Généralisation complète. Suppression totale des vomissements. Engraissement de 12 livres au bout de 6 mois.

C. — ABCÈS FROID BILIAIRE

DÉFINITION — NATURE

La *tuberculose des voies biliaires* est à peine sortie des ténèbres. M. LANCEREAUX en a montré l'existence ; depuis, les exemples ne se sont guère multipliés ; depuis l'ère bactériologique, les premières recherches sont à peine commencées, mais déjà elles ont donné des résultats positifs. Assez fréquemment la bile des tuberculeux est susceptible d'infection, ceci résulte des recherches de HANOT et LÉTIENNE qui, dans sept fois sur quatorze cas, ont décelé la présence de staphylocoques albus, citreus ou aureus, parfois associés au bacterium coli. Mais ce qui est plus important, c'est que l'élément spécifique, le bacille de KOCH, a été vu à l'examen direct par ces mêmes auteurs dans la bile des tuberculeux. On ne sait encore par quelle voie, la sanguine, la lymphatique ou la canaliculaire ascendante, se fait l'apport de la semence tuberculeuse. L'immobilité du bacille tuberculeux est peu propice à l'infection ascendante. Si cependant il s'agit d'une migration d'origine intestinale, il est probable que le bacille de KOCH n'a pas à lui seul la propriété de déterminer la fonte caséuse des parenchymes biliaires et qu'à côté de lui on découvrira un jour toute une série de *pseudo-tuberculosés actinomycosiques aspergillaires* ou autres, tant est riche la flore intestinale en bactéries d'ordre plus élevé, et dont l'organisation est déjà assez complexe. On est en droit d'espérer qu'avec la vulgarisation du traitement chirurgical dans les affections angiocholécystiques la science ne tardera pas à recueillir de nombreux documents de ce genre. La tuberculose

annexielle est devenue fréquente depuis le jour où la salpingectomie se vulgarisa et où l'on se mit à examiner attentivement les pièces enlevées. Plus récemment les tuberculoses cœcales et appendiculaires ont pris une place de plus en plus grande depuis que les interventions ont permis de reconnaître sous le masque d'un néoplasme sarcomateux l'infiltration tuberculeuse à forme lymphoïde. Par un légitime rapprochement ne peut-on espérer qu'il en sera de l'arbre biliaire comme du processus cœco-appendiculaire, annexes tous deux du tube intestinal. A la lumière des inoculations et des recherches histologiques, ces prévisions seront confirmées ou non dans un avenir prochain. Ces incrustations calcaires du parenchyme vésiculaire qu'observèrent GUTTMANN, TERRILLON, etc., ne seraient pas autre chose que des tubercules crétifiées ? Pour ma part, je serai fort tenté de considérer les tuberculoses biliaires comme moins rares qu'on ne le pense généralement. L'un de mes maîtres, M. HUTINEL, attira mon attention à plusieurs reprises sur des formations cavernueuses biliaires qu'il nous fut donné de constater chez l'enfant. Au reste ces questions sont à l'ordre du jour. Je sais que, en ce moment même, elles préoccupent particulièrement certains chercheurs. On lira avec intérêt une toute récente communication de SERGENT (1); ces jours derniers encore, MM. GILBERT et H. CLAUDE (2) communiquaient leurs résultats positifs sur la tuberculose expérimentale des voies biliaires. Par injection de bacilles de KOCH dans le cholédoque, ces auteurs ont produit la maladie caractéristique et constaté le passage de ces bacilles à travers l'épithélium.

HISTOIRE

C'est bien vraisemblablement une cholécystite tuberculeuse que RIEDEL ouvrit le 31 mai 1888. Il s'agissait d'une tumeur

(1) Sergent. — Société de biologie, séance du 4 mai 1895.

(2) Gilbert et H. Claude. — Société de biologie, séance du 21 décembre 1895.

piriforme du flanc droit, sensible plutôt que très douloureuse, remarquable par sa dureté, survenue chez une malade atteinte de fréquentes diarrhées. A l'ouverture du ventre, on découvrit de l'ascite, fait qui indique la participation de la grande séreuse au processus. Epiploon très adhérent et infiltré, friabilité toute particulière de la vésicule. Celle-ci fut simplement suturée à la paroi. Lorsque, cinq jours après, il fut procédé à l'incision du kyste vésiculaire, on le trouve bourré d'une matière *caséuse*, sans calcul. Par ce traitement, la patiente ne fut pas améliorée et la tumeur conserva son volume. Il est bien regrettable qu'aucune inoculation, qu'aucun examen histologique n'aient été pratiqués, nous aurions été fixés sur la nature vraie de cette affection cliniquement si semblable à une affection tuberculeuse.

Le deuxième cas de CZERNY est plus probant et d'ailleurs l'auteur le donne comme *cholécystite tuberculeuse* avec fistule. La malade portait en son flanc droit une sorte de phlegmon chronique, peu douloureux, qui préalablement avait été incisé et s'était terminé par fistule. Derrière la fistule on découvrit, à l'examen chirurgical, l'existence d'une volumineuse tumeur en connexion avec le foie. La fistule fut largement ouverte le 18 septembre 1891 et, peu à peu, en suivant le trajet fistuleux, on arriva dans la grosse tumeur qui n'était autre qu'une vésicule enflammée, épaissie, dont le contenu était caséeux. Après l'ouverture large de ce kyste, les granulations de la face interne furent curettées puis cautérisées au chlorure de zinc, la cavité tamponnée.

Voici donc encore un cas bien probable de ces *tubercules primitives* des voies biliaires, si rares jusqu'à ce jour. Le grand regret qu'il nous inspire, c'est que l'examen bactériologique ou microscopique n'ait point été fait. « Néanmoins, nous dit MERMANN, qui relate cette observation, le caractère des granulations et du pus, tout à fait différent du pus des cholécystites, donnent à penser qu'il s'agit de tuberculose. »

INDICATION — TECHNIQUE — RÉSULTATS

Lorsqu'une tumeur biliaire se développe à froid, lentement et sans grande réaction chez un sujet tuberculeux ou suspect de tuberculose, sans relation apparente avec la lithiase, il est dès maintenant indiqué de penser à la *tuberculose des voies biliaires*. Abandonnée à elle-même, l'affection n'a sans doute pas grande tendance à la répression. Que si l'on soupçonne une tuberculose locale, le seul traitement rationnel serait en principe l'extirpation précoce, afin de préserver le reste de l'organisme. A priori la *cholécystectomie* pourrait trouver ici une application toute nouvelle, dont le malade tirerait grand profit. Mais il est possible aussi que l'infection soit déjà généralisée au péritoine, comme dans le cas de RIEDEL, ou ailleurs. Dans ces cas où l'extirpation du cholécyste paraît trop laborieuse par suite de la friabilité de ses tissus, ou même les sutures dangereuses, il faudra se résoudre à attendre l'adhérence du kyste à la paroi, puis ce dernier sera incisé, gratté, cautérisé, toutes les cavernes biliaires seront ouvertes les unes après les autres et traitées comme l'a fait CZERNY. Une fistule persistante sera sans doute la conséquence de cette thérapeutique, mais entre deux maux, il faut choisir le moindre. Bien entendu, il est des cas auxquels il ne faut pas toucher, ceux par exemple qui surviennent chez des tuberculeux avancés, à localisations pulmonaires étendues.

Ce serait vaine prétention de parler ici de la moindre règle de technique; il est clair que deux cas sont insuffisants à nous fixer à cet égard.

Nous ne connaissons absolument rien sur les résultats de ce traitement chirurgical. Ni RIEDEL, ni MERMANN ne donnent les suites éloignées de leur intervention.

C. — LES ABCÈS FROIDS BILIAIRES

Cholécystites tuberculeuses-actinomycosiques

Numéros d'ordre	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	OPÉRATEUR et Date de l'Opération	SEXE	NATURE de la MALADIE Diagnostic clinique	NATURE de l'INTERVENTION	RÉSULTATS IMMÉDIATS	RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
LXIX	Berlin. Klinik. Wochen. 1888	Riedel 34 mai 1888.	F	Tumeur en connexion avec le foie, dure, sen- sible à la pression. Enté- rite. Pas de lithase. Enté- rite. Diagnostic ?	Cholécystostomie en deux temps. On découvre de l'ascite, des adhé- rences épiploïques avec vésicule à parois épaisses et friables. Le contenu était ca- séeux, sans calcul.	»	Persistance de la tumeur et de la fis- tule.
LXX	Beitrag. z. Klin. Chirurg. XIII 1895	Czerny-Mermann 48 septembre 1894.	F	Fistule intermittente de la région hépatique. Pas de douleur. Tumeur sous-jacente du volume d'une tête d'enfant, en connexion avec le foie. Diagnostic ?	Débridement de la fis- tule. Large ouverture de la poche principale qui con- tient une substance ca- séeuse. Lavage, curetage, cau- térisation de cette cavité vésiculaire fongueuse.	»	Part avec sa fistule.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — 1889. SECOND

Hépatite. — Laparotomie exploratrice. — Guérison

Traité de chirurgie de Duplay et Reclus, t VII, p. 346

H..., 40 ans, qui m'est adressé par mon collègue, le D^r DOLÉRIS.

Antécédents. — Malade originaire des pays chauds; avait eu à diverses reprises des atteintes certaines d'hépatite tropicale avec subictère et hypertrophie du foie. L'ictère s'était ensuite dissipé et le foie avait retrouvé ses dimensions normales, mais, par contre, la douleur fixe de la région vésiculaire avait conservé son intolérable acuité.

Examen à l'entrée. — Douleur extrêmement vive au niveau de la vésicule. Le malade en était insupporté; sa douleur poignante l'obsédait et le rendait impropre à tout; il était en outre aux prises avec des troubles dyspeptiques sérieux et, peu à peu, ayant consulté tous les médecins en renom et positivement épuisé les ressources de la thérapeutique médicale, il en était arrivé à poser lui-même les indications d'une laparotomie exploratrice en réclamant d'urgence et sous peine de suicide une opération qui permit d'élucider la cause de ses souffrances.

Diagnostic. — Soupçonnant l'existence possible de quelque foyer ancien de périhépatite, nous avons, M. DOLÉRIS et moi, accédé au désir du patient.

Opération le 29 mai 1889. — Je pratiquai la *laparotomie exploratrice* avec l'assistance de MM. DOLÉRIS, LAUNOIS et CABRAL. L'opération s'est effectuée sans incident; pour toute lésion, nous avons constaté, au niveau de la zone douloureuse, un état congestif assez accentué du tissu hépatique. Le ventre a donc été refermé sans intervention complémentaire.

Suites éloignées. — Le malade a trouvé le résultat qu'il cherchait. Il est guéri.

Réflexions. — Bien qu'il me soit impossible de définir le mécanisme de cette guérison du symptôme douleur par la simple ouverture du ventre, je tiens à faire observer qu'il ne s'agit point là d'une guérison par suggestion opératoire. Le malade n'avait pas seulement de l'obsession hépatique; l'état congestif indiscutable du foie au niveau de la zone douloureuse en témoigne. En tous cas, le fait montre bien l'innocuité et la valeur de la laparotomie exploratrice dans les cas de cet ordre. Il me paraît inutile d'insister. Si peu nombreux que soient les faits précédents, ils n'en établissent pas moins les avantages de la *laparotomie exploratrice* dans les cas précités. Qu'il me soit enfin permis de faire observer ici que les deux opérations faites, la première par moi le 29 mai 1889 et la seconde par Terrier le 5 juillet 1890, sont en France les deux premiers exemples d'une laparotomie exploratrice pratiquée de propos délibéré dans le seul but d'examiner le foie et de déterminer si possible la nature de ces lésions (p. 347).

En présence d'accidents de congestion hépatique compliquée d'ictère rebelle, on est autorisé à pratiquer une *laparotomie exploratrice* et une *fistule biliaire*.

OBSERVATION II. — 1890. TERRIER.

Congestion et hypertrophie du foie avec ictère très prononcé et accès fébrile. — Incision exploratrice et établissement d'une fistule biliaire temporaire ou cholécystostomie. — Guérison.

Bull. Académie de médecine, 4 novembre 1890, p. 591,
et Revue de chirurgie, 1892, p. 574.

D..., Edmond, 33 ans, entré à Bichat le 20 mai 1890.

Antécédents. — Presque nuls. Un frère tuberculeux. Séjour de deux ans en Algérie. Pas d'accidents fébriles nets. Pas de dysenterie; toutefois il a pris du sulfate de quinine.

En novembre 1889, diarrhée, puis constipation. Embarras gastrique fin décembre 1889. En janvier 1890, accidents fébriles avec douleur d'estomac, teinte subictérique légère des conjonctives. Plus tard, vomissements bilieux, urticaire. On croit à un kyste hydatique du foie, et c'est pour cela que le malade fut adressé à Bichat.

Examen à l'entrée. — On constate de l'ictère généralisé peu teinté, une voussure de la région du foie qui est hypertrophié et descend jusque près de la crête iliaque. La vésicule ne peut être délimitée. Estomac dilaté, rate normale, urines normales très teintées par la bile.

Pas d'appétit, constipation; garde-robes presque décolorées. Prurit et poussées d'urticaire. Pas de phénomènes d'alcoolisme. Pas de syphilis.

Le 9 juin, *ponction exploratrice* sur la partie saillante du foie avec une aiguille tubulée de l'appareil Potain. On ne retire que quelques gouttes de sang. A la suite, et dès le soir, 38°2. Le lendemain, ictère généralisé, 38° et 48° le soir, pendant quelques jours. Insomnie, douleurs de rein. Le 23 juin, tous ces accidents sont calmés. Les conjonctives seules sont jaunes. Maigreur et faiblesse grandes. Fin juin, nouvelle poussée d'ictère avec fièvre, foie énorme, rate peu volumineuse. Congestion pulmonaire légère.

Juillet, persistance des accidents. Digestion mauvaise et selles décolorées. Foie gros et douloureux.

Diagnostic. — Congestion et hypertrophie du foie. Ictère très prononcé.

Opération le 15 juillet 1890, avec le docteur QUÉNU.

Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale de dix-sept centimètres. Le foie est énorme et congestionné. La vésicule bleuâtre.

Exploration manuelle négative de la face inférieure du foie et des conduits biliaires principaux et accessoires. On fait alors la *cholécystostomie*. Suture primitive de la vésicule à la paroi abdominale. Fermeture de cette paroi au-dessus et au-dessous de la vésicule suturée. Ouverture de la vésicule et suture de sa muqueuse à la peau. Cette ouverture en bouche est faite aussi petite que possible.

Suites immédiates. — Elles furent simples. Dès le quatrième jour, l'ictère avait presque disparu, le foie diminuait, pas d'accidents fébriles. Coloration des selles. Le sixième jour, on commence l'alimentation mixte. Le dixième jour, enlèvement de tous les points de suture. Petit accès fébrile le soir. La fistule donne très irrégulièrement. Douleurs nulles. Digestions normales. Le malade se lève le dixième jour et sort de l'hôpital le vingt-neuvième jour après son intervention.

Examen bactériologique de la bile fait quelques semaines après l'opération par GILBERT : une seule espèce microbienne, staphylococcus pyogènes albus. Malheureusement, vu le retard apporté dans cette recherche, on ne peut en inférer que le microbe avait primitivement envahi les voies biliaires. Au contraire, en effet, la présence de ce microbe peut n'être que secondaire et le résultat d'une contamination venue du dehors (Note de GILBERT).

Suites éloignées. — Ce malade a été suivi avec d'autant plus de facilité qu'il demeure près de l'hôpital et vient s'y faire panser régulièrement depuis son départ. Jusqu'à la fin de 1890, son état général n'a fait que s'améliorer, ainsi qu'il résulte des notes prises successivement sur lui. Le foie a diminué peu à peu de volume. La légère teinte subictérique des conjonctives a tout à fait disparu. Les forces sont revenues et depuis le mois de septembre, D... a repris son travail de doreur.

La fistule biliaire, dans laquelle on peut introduire une bougie n° 10

de la filière CHARRIÈRE, donne toujours issue à de la bile, en particulier lors des grandes inspirations suivies d'expirations, ou dans les efforts. Malgré cette fistule, les fonctions digestives sont excellentes, et le malade a très notablement engraisé.

En 1891, D... a travaillé régulièrement, conservant sa fistule biliaire. Celle-ci donnait issue à une quantité très variable de bile, et cette variété ne parut jamais au malade en rapport avec un excès de régime ou de fatigue, il ne sait encore à quoi l'attribuer. Pendant toute cette année, D. suivit le régime lacté avec l'eau de Vichy comme boisson ; pour le reste, l'alimentation était celle de tout le monde, sauf une abstinence de graisse et de légumes sec.

Depuis 1892, l'état n'a pas changé localement, la fistule offre un orifice de quelques millimètres de diamètre, dans lequel on aperçoit des mamelons qui sont formés par la muqueuse de la vésicule qui tend à faire hernie au dehors. Il y a une éventration légère au niveau de la fistule. De plus, en réduisant cette éventration, on fait sortir une cuillerée à bouche de bile, ce qui indique la persistance de la vésicule en tant que réservoir. Cette bile est assez liquide et d'un vert très clair. Le foie déborde toujours les fausses côtes de quatre travers de doigt ; il semble fixé par la fistule vésiculaire au niveau de la ligne mamelonnée, il a onze centimètres de hauteur. Le 11 avril, état général parfait. Aucun trouble de digestion depuis l'opération.

Nous avons l'intention de fermer bientôt cette fistule persistante, l'état de l'opéré étant aussi bon que possible depuis plus d'une année.

OBSERVATION III. — 1890. ROUTIER

Laparotomie exploratrice. — Massage de la vésicule.

Bulletin de l'Académie de médecine, séance du 3 février 1891,
et Mercredi médical, 1891, n° 5, p. 53, 4 février 1891.

Femme entre dans le service du professeur STRAUS.

Antécédents. — Attaque brusque de coliques hépatiques avec ictère devenu rapidement noir et décoloration des selles. Malgré le traitement médical, les vomissements devinrent incessants, une eschare se déclara au sacrum et l'état général était fort précaire.

Examen à l'entrée. — M. STRAUS me pria d'examiner la malade. Je ne trouvai pas que la vésicule fût distendue, et néanmoins je conseillai la laparotomie exploratrice, incapable d'aggraver l'état de la patiente.

Diagnostic. — Affection biliaire.

Opération le 30 octobre 1890.

Laparotomie médiane sus-ombilicale. Je constatai que la vésicule n'était pas distendue, et je palpai soigneusement, mais sans résultat, les canaux cystique, hépatique, cholédoque et le duodénum. Ne voyant pas d'indication à fistuliser la vésicule non distendue, je recousis simplement le ventre.

Suites immédiates. — Est-ce effet salutaire du massage des canaux biliaires effectué par mon exploration manuelle, je l'ignore, mais à partir de ce jour les vomissements ont cessé, l'ictère a pâli et la malade a complètement guéri, malgré une broncho-pneumonie intercurrente.

OBSERVATION IV (Inédite, cas n° I). — 1891. QUÉNU.

*Cirrhose et hypertrophie du foie sans ictère. — Périhépatite.
Laparotomie. Destruction des adhérences de l'épiploon avec le foie.
Évacuation de l'ascite. Guérison complète.*

Sm., Anna, 33 ans, femme de chambre.

Antécédents. — Vers le milieu d'octobre 1890, cette femme ressentit des douleurs dans la partie gauche du ventre, s'irradiant dans la région lombaire et dans la cuisse gauche. Ces douleurs n'étaient pas violentes, néanmoins, sur le conseil d'un médecin, la malade garda le lit.

Quelques jours après (fin octobre), à la suite d'un repas, elle fut prise de douleurs extrêmement vives dans l'hypochondre gauche. Ces douleurs persistèrent quelques jours avec une extrême intensité; des vomissements apparurent bientôt, mais ne durèrent pas. A partir de ce moment, le ventre augmenta de volume, principalement dans les régions supérieurs de l'abdomen.

Examen à l'entrée, le 28 janvier 1891. Salle Boyer, n° 5. — Les douleurs persistent extrêmement vives, réveillées par la pression. Le ventre est très notablement augmenté de volume, et il existe au niveau de l'épigastre une tumeur très notable. Cette tumeur est arrondie, très volumineuse, remplissant tout l'abdomen au-dessus de l'ombilic. Elle n'envahit pas les flancs où persiste de la sonorité. Elle semble bien faire corps avec le foie, suit les mouvements du diaphragme; on peut reconnaître que son bord inférieur est arrondi. La surface est lisse; la consistance est kystique. Aucun déplacement n'est possible dans le sens latéral. Pas de troubles digestifs, ni de compression. En somme, cette tumeur occupe l'hypochondre droit, dépassant peu le rebord thoracique de ce côté, la région épigastrique principalement, descendant là jusqu'à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic, l'hypochondre gauche. La rate semble normale. Pas de pleurésie ni à droite, ni à gauche. Aucune autre particularité ailleurs.

Diagnostic. — Hypertrophie du foie, peut-être kyste hydatique.

Opération le février 1891. — Laparotomie médiane sus-ombilicale, s'étendant de l'appendice xyphoïde à la cicatrice ombilicale elle-même. La paroi abdominale est particulièrement vasculaire, bien qu'incisée sur la ligne médiane.

Le péritoine ouvert, il s'écoule une assez grande quantité de liquide *ascitique* jaune citrin. La face antérieure du lobe hépatique gauche se présente immédiatement dans l'incision. Le foie a une couleur rouge-violet sombre. Il est de consistance dure, *cirrhotique*; la surface est finement granuleuse. Aucune trace de kyste qu'on avait cru percevoir.

Adhérences du grand épiploon au bord libre du lobe gauche sur une étendue de quatre à cinq centimètres; une pince est placée transversalement sur cette adhérence pour la sectionner entre deux ligatures. Pendant qu'on place l'un des fils, l'adhérence se déchire; d'où résulte une petite hémorrhagie qui se produit au niveau du bord libre du foie et qui est arrêtée en prenant dans une anse de fil, passée avec une aiguille de Reverdin, une petite partie du tissu hépatique et de sa capsule.

Ne trouvant rien sur la face antérieure du lobe gauche, on prolonge l'incision de la paroi abdominale jusqu'à cinq ou six centimètres au-dessous de la cicatrice ombilicale. Exploration de la face inférieure du foie toute entière; exploration de la vésicule biliaire, qui a un aspect absolument normal, et du restant des voies biliaires. A la fin de l'opération on découvre sous la capsule du foie, entre celle-ci et ce parenchyme hépatique, de petites hémorrhagies formant de légères saillies.

Evacuation d'une certaine quantité de liquide ascitique. L'examen de toute la cavité abdominale permet d'éliminer l'hypothèse de péritonite tuberculeuse ou cancéreuse. Bien que le diagnostic reste encore obscur, on incline à penser qu'il s'agit d'une *cyrrhose atrophique hypertrophique*. Ainsi s'expliqueraient : 1° l'augmentation de volume; 2° l'ascite; 3° la périhépatite avec adhérence du grand épiploon; 4° la congestion du foie; 5° sa consistance scléreuse et son aspect granuleux. Peut-être y a-t-il à songer à l'alcoolisme.

Fermeture de l'abdomen, après avoir placé un gros tube à drainage sur la partie latérale droite du ligament suspenseur. Sutures en trois plans. Fixation du drain aux lèvres de la plaie par un crin de Florence.

Suites immédiates sont marquées par une amélioration notable dès le soir même de l'opération. Les douleurs disparaissent complètement.

Suites éloignées. — Guérison complète. La malade, qui a été revue bien des fois, se porte parfaitement. Plus d'ascite. Aucune espèce de douleurs. Le foie a repris son volume normal, et l'état général

est tellement satisfaisant que la malade reprend son métier de femme de chambre, qu'elle avait dû cesser depuis près d'un an.

OBSERVATION V. — 1891. TERRIER

Cirrhose hypertrophique. — Hypertrophie de la rate. — Ictère chronique. — Pas d'ascite. — Cholécystostomie.

In Revue de chirurgie 1892, p. 577. Chirurgie des voies biliaires.

Mademoiselle C..., 12 ans, demeurant à Paris, entre à l'hôpital Bichat, le 8 décembre 1891.

Antécédents nuls ; père, mère, frères bien portants. Cette enfant a eu la rougeole à 2 ans et des accidents d'ophtalmie de 2 à 8 ans, accidents qui n'existent plus. Il y a trois ans, c'est-à-dire à 9 ans, on s'aperçut que le ventre de la petite malade augmentait peu à peu de volume, sans d'ailleurs déterminer de phénomènes douloureux. Un an après, la malade qui souffrait dans le côté droit, éprouva une crise douloureuse analogue à celle des *coliques hépatiques*, et dès lors apparut la teinte *ictérique* des conjonctives et des téguments, teinte qu'elle a toujours conservée depuis lors. Au début, ces sortes de coliques revenaient tous les deux ou trois jours et duraient chaque fois environ une heure ; pendant ces accès, la teinte ictérique s'accusait et devenait, dit-on, plus foncée. Ultérieurement, les accès douloureux s'espacent, tous les quinze jours ou toutes les trois semaines, le ventre augmente toujours de volume et les selles sont absolument décolorées.

En juillet 1891, épistaxis qui ont duré près de quinze jours ; à peu près à cette époque, les coliques sont devenues plus violentes et ont gardé jusqu'à aujourd'hui ce caractère d'acuité.

Les urines sont colorées en rouge, mais ne contiennent ni albumine, ni sucre.

Examen à l'examen.— Mademoiselle C... présente les symptômes d'un *ictère chronique* très foncé sur le tronc et la face, moins coloré sur les membres. Les conjonctives sont très fortement colorées en jaune. Le ventre, augmenté de volume, est assez régulièrement distendu. Il est sillonné de veines dilatées, surtout abondantes vers la région hépatique. La peau est sèche et présente une desquamation très accusée. La cicatrice ombilicale est effacée. L'état général n'est pas trop altéré. Prurit généralisé.

Le 19 décembre, mon collègue des hôpitaux, M. GILBERT, examine la malade au point de vue médical ; il n'existe aucune lésion pulmonaire. L'*hypertrophie* du foie est considérable ainsi que celle

de la rate ; il n'y a pas trace d'ascite. Le foie est volumineux, hypertrophié, mais cette hypertrophie semble surtout accusée du côté du lobe gauche qui déborde le rebord costal de neuf centimètres. Ce lobe se reconnaît à son bord tranchant et mobile ; il arrive à sept centimètres au-dessus de l'ombilic. Au niveau de la ligne mamelonnaire droite existe une échancrure du bord inférieur du foie qui marque la séparation des deux lobes droit et gauche. A deux travers de doigt, en avant de la ligne mamelonnaire gauche, le doigt peut être introduit dans une dépression qui sépare le lobe gauche du foie, de la rate qui vient à son contact. A ce niveau, le lobe gauche a une hauteur de dix à onze centimètres. En fait, le lobe est surtout développé en bas et à gauche de la ligne médiane. La rate dans son grand axe mesure dix-sept à dix-huit centimètres, s'étend obliquement en bas et à droite vers la fosse iliaque. Elle est mobile et très facile à délimiter par le palper abdominal. Digestions difficiles. *Décoloration* des selles presque complète. Les urines renferment de la matière colorante de la bile. L'enfant est soumise au régime lacté exclusif, avec de l'eau de Vichy naturelle, depuis son entrée à l'hôpital.

Diagnostic. — Cirrhose hypertrophique.

Opération le 22 décembre 1891, avec l'aide de mon collègue le D^r A. BROCA :

Incision verticale sur la partie externe du muscle grand droit ; la ligne blanche latérale est découverte, bien que l'incision cutanée soit un peu interne par rapport à elle. Ouverture du péritoine. Il y a une tendance constante à la hernie de l'épiploon par la plaie, ce qui gêne pas mal l'opérateur.

Le foie est dur, ligneux, et, en dehors et en arrière de l'incision, se trouve la *vésicule dilatée* et distendue. Celle-ci est saisie avec une pince américaine et attirée en avant et en haut vers la plaie, avec quelque peine d'ailleurs. On suture cette vésicule au péritoine pariétal à l'aide de points de suture espacés. Cette manœuvre est encore difficile, vu la minceur des parois de la vésicule, qu'on craint de déchirer.

La vésicule ainsi fixée, mais non ouverte encore, on suture le péritoine de l'incision abdominale, au-dessus et au-dessous d'elle, par des points séparés au fil de soie stérilisé. On fait ensuite la suture des muscles et des aponévroses. Notons qu'au milieu de l'incision existe une petite saillie formée par la paroi de la vésicule fixée au péritoine pariétal. La suture des téguments, au-dessus et au-dessous du point où on fixe la vésicule, est faite avec des crins de Florence. Enfin, et avec une certaine peine, on fit l'ouverture de la vésicule avec la pointe d'un fin bistouri ; cette incision *saigne beaucoup*. On put y introduire d'abord un stylet, puis une pince de LISTER, qu'on ouvrit un peu. Aussitôt il s'écoula un flot de bile, et une petite quantité de celle-ci fut recueillie

dans un tube de verre stérilisé par mon collègue des hôpitaux, le D^r GILBERT, qui assistait à l'opération. Un petit drain fut placé dans la vésicule et fixé à la paroi par un crin de Florence; on dut inciser un peu en arrière la lèvre postérieure de la plaie abdominale, afin de permettre au drain de pénétrer plus facilement dans la vésicule.

L'opération a duré 1 heure 1/4. On panse avec de la poudre d'iodoforme et de l'ouate stérilisée, maintenue par un bandage de corps en flanelle.

Suites immédiates. — 23 décembre. — Écoulement par le drain d'une très grande quantité de bile qui a traversé le pansement. Les lèvres de la plaie sont un peu rouges. Pas de retentissement péritonéal, émission de gaz par l'anus. Régime lacté et eau de Vichy.

24 décembre. — Moins d'écoulement de bile, bon état local et général.

25 décembre. — Une selle décolorée. Les urines sont toujours très teintées. État général non modifié par l'opération.

27 et 28 décembre. — Épistaxis assez abondantes.

29 décembre. — Pansement. On enlève deux points de suture, ce qui donne lieu à un léger écoulement de sang. On continue le régime lacté.

1^{er} janvier 1892. — Le pansement est traversé par la bile. On enlève tous les points de suture. La réunion est parfaite. Il y a tous les jours un peu d'épistaxis. A partir de cette date, pansement tous les trois jours. La ligne de suture s'est un peu désunie au milieu et bourgeonne. Les selles restent décolorées, et les urines sont toujours teintées par le pigment biliaire. L'ictère est un peu moindre. Le 25 janvier la malade se lève.

En février, les choses changent assez peu; la malade suit un régime lacté mixte. Plusieurs fois la rétraction de la cicatrice et les efforts ont fait éliminer le drain et celui-ci ne peut être rentré qu'en dilatant le trajet fistuleux avec une petite tige de laminaire restée vingt-quatre heures à demeure. Les douleurs de la région du foie ont cessé. L'état général change peu, toutefois, la malade s'alimente bien et se promène toute la journée. L'ictère est moins foncé, mais les selles sont toujours presque décolorées et les urines brunâtres.

Sortie le 28 février 1892. Quelques semaines avant la sortie, une ponction exploratrice fut faite dans la rate toujours très grosse, et mon collègue, M. GILBERT en retira une certaine quantité de sang qui fut soumise à l'examen bactériologique. Du reste, cette ponction aseptique ne donna lieu, à aucun autre accident qu'une petite phlyctène produite sur la peau par le collodion placé sur la piqûre de l'aiguille.

Suites éloignées. — C... vient se faire panser et remettre son tube à drainage qui tend à sortir sans cesse.

Depuis le 19, hydarthrose des deux genoux sans douleurs spontanées; l'exploration est un peu sensible, mais la marche n'est pas trou-

blée. Déjà en décembre dernier, les deux articulations tibio-tarsiennes avaient présenté un gonflement qui dura près de trois mois et disparut peu à peu.

3 avril. — On laisse la fistule sans y replacer de tube à drainage et la bile qui s'en écoule est toujours claire et limpide; le pansement est d'ailleurs coloré en vert alors que la bile paraît incolore. L'état général reste le même. Les genoux sont un peu moins gonflés.

11 avril. — La fistule donne toujours issue à de la bile très claire. Le genou droit présente encore un assez notable épanchement qui n'existe pas à gauche. L'enfant a eu, il y a quelques jours, une épistaxis assez abondante.

Le foie et la rate sont toujours énormes; l'ictère est accusé, surtout aux conjonctives oculaires; les selles presque décolorées et les urines teintées par la bile. La fistule s'est spontanément guérie le 1^{er} mai 1892.

Réflexions. — En fait *pas d'amélioration* du côté de l'état local et persistance d'un état général passable, tel est le résultat quelque peu *négatif* obtenu.

Nota. — Des recherches bactériologiques de notre collègue Gilbert, il résulte 1^o que le sang du foie et de la rate ne contenaient pas de microbes, 2^o que la bile renfermait une seule espèce microbienne, qui n'est pas le bacille d'ESCHERISCH et qui en diffère même par de nombreux caractères. Ensemencé sur la gélatine en stries, il fournit des cultures qui ne s'étalent pas seulement en surface, mais qui pénètrent dans la profondeur du milieu nutritif. En somme ce bacille reste encore à déterminer.

OBSERVATION VI (résumée). — 1892. LE DENTU.

Cirrhose hypertrophique ancienne. Cholécystite muco-purulente avec distension vésiculaire de date récente? Cholécystostomie après séparation partielle de la vésicule et du foie. — Mort par hémorrhagie.

Ictère chronique (avec oblitération du cholédoque).

Cholécystostomie, par H. BRODIER.

Bull. Société anatomique, 1892.

F..., 39 ans, entre dans le service LE DENTU, avec ictère chronique.

Antécédents. — Deux accouchements normaux, à 31 et 33 ans. Début vers le 15 décembre 1890. Pas de malaises, nausées, tendance au sommeil, digestions pénibles.

Le 2 janvier 1891, *ictère* de la face, urines jaunâtres très foncées et selles décolorées plus ou moins. *Douleurs* rénales et hépatiques passagères avec point scapulaire tantôt droit, tantôt gauche.

Vers la moitié de janvier 1891, les douleurs revêtent la forme d'accès,

au nombre de huit ou neuf fois, revenant tous les quinze jours, jamais de véritables coliques hépatiques.

Février 1891, ictère au maximum, douleurs pas très vives, amaigrissement, démangeaison.

Juin, diminution de l'ictère et des douleurs.

Juillet, ictère et démangeaison reprennent, mais absence de douleurs, appétit resté bon.

Septembre et octobre, plus d'ictère, mais développement du ventre à la taille.

Novembre, ictère reparaît, ainsi que diarrhée. Donc ictère chronique ayant disparu pendant deux mois.

Examen à l'entrée. — Ictère généralisé. Ventre paraît un peu plus gros à droite. Foie gros. Sous le bord antérieur, masse molle et dépressible, roulant sous le doigt et débordant le foie. Rate normale, jamais de fièvre.

En résumé, *ictère chronique, tumeur vésiculaire, décoloration des selles avec état général satisfaisant.*

Diagnostic. — En présence de ces trois signes, on diagnostique : *Oblitération du cholédoque* de cause inconnue : extra-pariétale (compression par tumeur, mais aucun signe de cette tumeur); intra-pariétale, par inflammation ou calcul.

Opération le 9 février 1892.

Cholécystostomie (après décollement partiel de la vésicule d'après le foie). *Laparotomie latérale* droite sur bord externe du muscle droit, incision de douze centimètres.

La vésicule, *très distendue*, piriforme, apparaît. *Ponction* de celle-ci au trocart afin de l'attirer au dehors. Il s'échappe un liquide séreux, louche (six cents grammes), qui semble légèrement *purulent* à la fin de l'aspiration. Puis la vésicule est facilement attirée hors de l'abdomen. Quand elle est complètement isolée par des compresses, on l'incise longitudinalement. Les parois sont hypertrophiées et il existe un arrière fond près du cystique.

L'exploration digitale et manuelle ne donne aucun renseignement. *Pas de calcul*, pas de tumeur. Lavage de la vésicule au sublimé.

Après *décollement* de la vésicule du tissu hépatique, on pratique une cholécystostomie. Le décollement est fait par *traction* et s'opère très aisément. Le suintement sanguin fourni par le tissu hépatique est insignifiant, mais il n'en est tenu aucun compte.

Cholécystostomie, établissement de la fistule biliaire cutanée. Suture des muscles de la paroi au catgut, fixation de la partie de la vésicule restante aux lèvres de la plaie, deux étages : profond musculaire (catgut), superficiel cutané (crin de Florence). Drain dans la vésicule.

Suites immédiates. — Quelques vomissements chloroformiques. A

six heures et demie du soir, pansement taché de sang, la vésicule est remplie de sang. Une pince, appliquée sur une des lèvres de la fistule biliaire, arrête l'hémorrhagie qui est en nappe. Dans la nuit, suintement sanguin important. Deux nouvelles pinces ont, paraît-il, arrêté l'écoulement de sang. A quatre heures du matin, pansement taché de nouveau.

Mort le 10 février 1892, à huit heures et demie.

Autopsie. — Foie gros. Une sonde cannelée introduite par l'ampoule de Vater, qui est peut-être un peu plus saillante que de coutume, pénètre facilement dans le cholédoque et cystique. Les canaux hépatiques sont perméables. L'incision du cholédoque montre un conduit plutôt élargi, sans altération extérieurement. Ces canaux sont entourés de ganglions mous, volumineux, qu'on trouve surtout au niveau du hile du foie et qui semblent des ganglions d'adénite inflammatoire. La tête du pancréas présente une consistance normale.

Sur tout le pourtour de la surface hépatique décollée de la vésicule, *caillots* de date ancienne, montrant nettement les points qui ont été le départ du suintement sanguin qui s'est produit sept heures après l'opération, du moins d'une façon apparente.

Au palper, le foie offre des épanchements irréguliers dans l'épaisseur de son parenchyme. La coupe du lobe droit donne la sensation de surfaces presque cartilagineuses en certains points où les canaux biliaires s'agrandissent. L'aspect de la coupe rappelle l'aspect du foie de la *cirrhose hypertrophique*.

Examen histologique extemporané, picro-carmin et la congélation : Autour des capillaires hépatiques par places, prolifération abondante du tissu fibreux dans les mailles duquel se retrouvent encore quelques cellules hépatiques colorées en vert. Cellules hépatiques plus grosses, plus arrondies qu'à l'état normal, uniformément infiltrées de granulations graisseuses. Plusieurs d'entre elles présentent des concrétions biliaires en forme de grains mamelonnés d'un beau vert émeraude. Impossible de dire de suite s'il s'agit de grains amyloïdes infiltrés de pigment biliaire ou de véritables concrétions.

Réflexions. — BRODIER ajoute : Cette observation est instructive, au point de vue clinique, à cause de la difficulté du diagnostic et de l'évolution de la lésion hépatique en question ; au point de vue opératoire, en raison du suintement sanguin qui a suivi l'opération et qui était un des grands reproches adressés par LAWSON TAIT aux opérations sur les voies biliaires.

CORNIL ajoute : Au point de vue de la lésion, il s'agit là d'une *cirrhose hypertrophique* à surface lisse, sans îlots nodulaires. Il y a l'ictère des cellules hépatiques. L'écoulement de bile persistait, car dans ce cas l'obstacle siégeait dans les petits conduits biliaires. Il y a de plus *cirrhose*, car en enfonçant l'ongle dans le parenchyme, on éprouve de la résistance. Quant à la cause, il y a bien des cirrhoses où on ne peut

incriminer l'alcoolisme. Dans des cas semblables, il y a quelquefois des îlots tuberculeux. Il y a lieu de faire porter l'examen histologique sur les ganglions lymphatiques du foie.

OBSERVATION VII (Inédite). (Cas N° II). — 1892-... QUÉNU

*Congestion et hypertrophie du foie avec ictère et hypertrophie de la rate. —
Laparotomie. — Aucune amélioration.*

B..., Marcel, 4 ans.

Antécédents. — La mère ne peut donner sur le début aucun renseignement précis. L'enfant était en nourrice, et c'est en allant le voir, il y a trois semaines environ, qu'elle remarqua la teinte *ictérique* dont la nourrice ne s'était pas aperçue. Rentré à Paris, l'enfant resta chez ses parents pendant environ quinze jours, et, d'après l'ordonnance d'un médecin, il fut purgé plusieurs fois, mis à l'eau de Vichy et au lait. Ce régime fut mal suivi, la mère cédant aux instances de son enfant, qui demandait continuellement à manger et refusait de boire le lait. La teinte *ictérique* augmenta d'intensité; c'est alors qu'il fut amené à l'hôpital Trousseau, où il entra.

À ce moment, l'*ictère* était généralisé et très accentué. Pas de fièvre. Pouls régulier et normal. La langue était blanche, la constipation très prononcée, les selles et les urines de couleur normale.

Si l'on demande à l'enfant où il *souffre*, il montre le ventre. Cependant, aucune voussure appréciable, pas de ballonnement.

À la palpation, le foie est très volumineux; il descend à deux travers de doigt environ au-dessous de l'ombilic par son lobe gauche; le lobe droit, au contraire, paraît normal et dépasse à peine les fausses côtes. La ligne supérieure de la matité paraît normale. — Rate volumineuse à la percussion. Pendant cet examen, l'enfant ne semble accuser aucune douleur, ni à la percussion ni à la palpation.

Les jours suivants, selles absolument *décolorées*. Urines acajou. Pigment biliaire dans les urines. Réaction de Gmelin très nette. Pas de fièvre. Traitement au calomel, 0,20 centig. eau de Vichy et régime lacté chaque jour. Après avoir constaté la persistance de tous ces troubles, l'affaiblissement de l'état général, le petit malade est adressé à M. QUÉNU, à l'hôpital Cochin.

Examen à l'entrée, le 23 octobre 1892. — On constate que tous les symptômes relevés à l'hôpital Trousseau sont parfaitement exacts.

Diagnostic?

Opération 1892. — Laparotomie médiane sus-ombilicale. — On constate que le foie est congestionné et extraordinairement augmenté

de volume. Sa consistance n'est pas cirrhotique. L'exploration des voies biliaires démontre que celles-ci sont absolument normales. Le ventre est refermé tel que.

Suites immédiates. — Rien de particulier.

Suites éloignées. — L'enfant ne retire de l'opération aucun bénéfice. L'ictère, la décoloration des matières, la tuméfaction du foie persistent.

OBSERVATION VIII — 1895. QUÉNU

Ictère chronique. — Cirrhose hépatique. — Laparotomie exploratrice. — Guérison opératoire. — Aucune amélioration.

Progrès médical, 1895, n° 18, p. 290.

Alb... H..., 28 ans, porteur aux Halles, est adressé en novembre 1894, par le D^r CHAUFFARD, avec le diagnostic de lithias biliaire du cholédoque.

Antécédents. — Comme antécédents morbides, nous relevons chez lui des habitudes alcooliques. Aucune fièvre éruptive, ni paludisme, ni syphilis. L'*ictère chronique* qu'il présente aujourd'hui remonte au mois d'août 1893. Il fut pris à cette époque, étant au régiment, de lassitude générale, de malaise, de maux de tête, puis de jaunisse. Renvoyé chez lui, il reprit son travail, mais ses forces diminuaient de plus en plus; les digestions étaient très mauvaises, douloureuses et l'ictère allait s'accroissant.

A... entra une première fois à l'hôpital Cochin dans le service du D^r GOURAUX; on constate que ses selles étaient *décolorées*, et que les urines rouges, peu abondantes, renfermaient des pigments biliaires. Dégoût pour la viande et pour les graisses, démangeaisons très vives aux bras et aux membres inférieurs.

Traitement. — Purgatifs, huile d'olive, lavements naphtolés. Sorti de l'hôpital au mois de décembre, A... y rentra en janvier 1895, amaigri, toujours ictérique, urines bilieuses, 12 à 1800 grammes par jour, selles décolorées. Un peu plus tard, se montrent des douleurs dans la région hépatique.

Examen à l'entrée. — Les douleurs sont tantôt sourdes, tantôt semblables à un point de côté, augmentant par la pression et par la toux. La pression réveille de la douleur, principalement en deux points, au creux épigastrique et au niveau du fond de la vésicule biliaire, en dehors du muscle droit. De plus, entre ces douleurs continues, il survient de temps en temps des *crises douloureuses* avec irradiations dans l'épaule droite; depuis le commencement du mois, épistaxis. Jamais de fièvre. Actuellement, l'état général est encore assez bon, malgré une

courbe progressivement descendante du poids. L'appétit est conservé, sauf pour les viandes et surtout pour les matières grasses. Goût d'amertume dans la bouche. Pas de diarrhée. Ni albumine, ni sucre dans l'urine; l'ictère persiste. A l'examen local, on constate que le foie est *volumineux* et déborde de deux à trois travers de doigt le rebord costal; on le sent très bien à l'épigastre. La rate est très augmentée de volume, elle diminue sous l'influence du sulfate de quinine administré pendant trois semaines.

Au commencement de janvier 1895, la coloration jaune de la peau et des conjonctives diminue, les urines sont moins foncées, les selles sont un peu colorées.

Diagnostic ?

Opération le 31 janvier 1895.

Incision de dix centimètres sur la ligne *médiane*. Le foie est relevé. La vésicule biliaire est *explorée*; on trouve au niveau du col un ganglion hypertrophié, il est mobile, du reste; il n'exerce aucune compression. L'index gauche est passé dans l'hiatus de Winslow, la main droite explore la face antérieure de l'épiploon gastro-hépatique. Nous trouvons de chaque côté du cholédoque deux ganglions volumineux, mobiles et incapables de comprimer le conduit. L'exploration du duodénum et du pancréas ne donne rien; le foie est volumineux, un peu bosselé, dur, son aspect plaide en faveur d'une cirrhose.

La plaie est refermée par des sutures en étages.

Suites immédiates. — Simples; seulement le malade est pris de grippe (une petite épidémie existait dans nos salles), il tousse beaucoup et il en résulte un peu de désunion de la plaie cutanée. On refait quelques points de suture. A la fin de février, le malade est renvoyé dans le service du docteur CHAUFFARD, son ictère persiste, les *troubles dyspeptiques* et *douloureux* sont les mêmes.

Suites éloignées. — L'opération n'a amené *aucun soulagement*, ni à l'état local, ni à l'état général.

OBSERVATION IX. — 1893. SENDLER.

Angiocholite infectieuse. — Absès multiples disséminés du foie.

Angiostomies multiples et successives. — Mort.

Zur Pathologie und chirurgie der Gallenblase und der Leber.

Deutsche Zeitschrift f. chirurgie, p. 405, 1895 (1).

H..., marchand à Magdebourg, 60 ans.

Antécédents. — Le malade raconte que, il y a huit ans, il souffrit à la suite d'une *contusion* dans la région du foie, à la suite de laquelle

(1) Traduction personnelle.

il ressentit un jour de violentes douleurs à cette place. Celles-ci disparurent de temps à autre, puis cessèrent depuis quelques années. En avril 1892, pneumonie. A l'automne de cette même année, il se forma une *tuméfaction*, cette fois non douloureuse, du foie, qui se mit à grossir graduellement, puis qui, à la nuit de Noël, fit une voussure manifeste au côté du ventre. Il fit, pour la cure de cette affection, plusieurs saisons à Carlsbad. Jamais il n'y eut d'ictère. L'appétit fut variable, les matières et l'urine de couleur normale. *Jamais l'issue de calculs* ne fut constatée. Le médecin, consulté, perçut une fluctuation et conclut à la nécessité d'une opération, d'autant plus facilement que les jours précédents les vomissements s'étaient montrés et que l'appétit diminuait.

Le 25 février 1893, je vis le malade chez lui pour la première fois, avec son médecin habituel. A la suite de mon exploration, je conclus aussi à l'opération.

Nous jugeâmes inutile de pratiquer une *ponction* pour savoir s'il s'agissait d'abcès du foie ou d'échinocoques, ou plutôt d'un empyème chronique de la vésicule biliaire. En tous cas, si l'expérience était faite, on pouvait craindre d'infecter le péritoine.

Malheureusement, le malade ne se résolut pas à une opération, il consulta un médecin qui lui fit une *ponction exploratrice*, retira une seringue de pus et laissa le malade repartir chez lui. La suite de cette intervention fut marquée par de la fièvre et des douleurs violentes, dues à de la *péritonite circonscrite* qui se localisa heureusement dans les environs de la ponction. Pendant ce temps, les forces avaient diminué notablement.

Examen à l'entrée. — Le 20 mars 1893 il fut reçu, et on constata l'état suivant : Homme de volume moyen, maigre, d'aspect misérable. Bronchite chronique. A part cela, poumons et cœur normaux. Urines à réaction acide clair, sans albumine. Bon appétit. État digestif réglé, température normale. Dans l'hypochondre droit, sous le rebord costal, commence à proéminer une *voussure* volumineuse et manifestement fluctuante. La peau qui la recouvre est normale. La pression de cette tuméfaction est *douloureuse*, et cette tumeur ne diminue pas de volume. Pas de frémissement hydatique. Diminution du foie, un peu d'élargissement par en haut.

La tumeur fait corps manifestement avec le foie et adhère par une petite partie à la paroi.

Diagnostic. — Les commémoratifs éclairés par la malheureuse ponction exploratrice, l'évacuation de pus, firent osciller le diagnostic entre un *abcès* du lobe droit du foie et un *empyème chronique* de la vésicule.

Opération le 21 mars 1893. — L'ouverture de la cavité péritonéale fut faite par une large incision, parallèle au rebord costal, au

niveau de la *partie saillante* de la tumeur. Aussitôt se présenta une poche rougeâtre qui se prolongeait par en haut, sans limite appréciable, dans le tissu rougeâtre du foie. Celui-ci est relié assez fermement à la paroi abdominale et est réuni à la tumeur par quelques adhérences récentes. Sutures du péritoine pariétal au bord de l'incision. Ouverture de la poche au thermocautère ; il fallut pour cela traverser une épaisseur de *tissu hépatique* de cinq centimètres, sans qu'il en résultât d'hémorragie. Puis il s'écoule une grande quantité (plus d'un litre) de pus assez liquide. Le doigt explorateur introduit dans la cavité ne put en percevoir le fond par en bas, mais on sentait très bien que les parois présentaient des masses irrégulières et molles, saignant facilement. A la suite de cette exploration, une anse intestinale se hernia à la partie médiane de la plaie qu'on rentra immédiatement. Après cela, l'ouverture hépatique fut suturée à l'ouverture de la plaie, puis la cavité de l'abcès tamponnée par une longue mèche de gaze iodoformée, puis recouverte d'un épais pansement antiseptique. La rétraction du foie fut aussi grande après l'opération. La sonorité intestinale remontait jusqu'aux parties les plus élevées.

Suites immédiates. — Les suites ne furent pas défavorables ; il y eut d'abord ascension thermique, puis retour à la normale. Le quatrième jour, on put enlever les tampons, les remplacer par deux gros drains. Au dixième jour, on enleva les fils de la plaie qui s'était réunie par première intention. Il survint plus tard un petit abcès intrapéritonéal, sans importance, dans l'angle latéral de la plaie. L'écoulement ne put se tarir et vers le onzième jour après l'opération, il est noté : le foie est recouvert par des granulations de la paroi abdominale. Le patient quitta le lit. Bientôt revint le sommeil, l'appétit et le reste. Toute la journée, le malade était hors du lit, se promenait dans le jardin.

Au vingtième jour, on introduit seulement un drain court, car la suppuration avait beaucoup diminué. Le vingt-sixième jour, il fut supprimé, puis remplacé par une mèche de gaze iodoformée. Cette ligne de conduite fut mauvaise, car la température, remontant à 38°3, indiqua qu'il y avait rétention de pus. Dès lors, on remit un gros drain et, le 22 avril, le malade quitta l'hôpital avec une fistule sécrétant peu. Il avait l'apparence florissante et retourna chez lui.

Il se présenta de nouveau à la fin de juillet. La fistule ne s'était pas refermée. La sonde exploratrice ne pénétrait pas loin, et il n'y avait pas une cavité de grande dimension. Je trouvai l'état actuel suffisamment satisfaisant et je l'engageai quant à présent à élargir sa fistule pour la tamponner. Puis il désespéra de voir sa fistule se fermer. L'appétit en effet disparut, la suppuration redevint abondante, le malade rentra.

Le 9 octobre 1893, il se décida enfin à l'opération.

Incision, désunion, de 10 centimètres de long sur le bord droit du muscle droit, dissection et extirpation de la fistule. On avance prudemment dans la profondeur, en partie avec le thermocautère. Puis un abcès irrégulier, recouvert de granulations, des dimensions d'un œuf de poule, fut ouvert puis tamponné à la gaze iodoformée, suture à la paroi. Presque aucune goutte de sang.

Suites immédiates. — Elles furent d'abord bonnes, puis violentes douleurs, plaintes, vomissements, etc. Hypothermie, enlèvement du tampon. Mort.

Autopsie. — La plaie opératoire conduit dans une cavité formée par la face inférieure du lobe droit d'où se prolonge un abcès irrégulier de la grosseur d'un œuf de poule, à parois épaisses de 5 centimètres et formé par une couenne fibrineuse.

Aucun calcul dans la vésicule. Le foie lui-même est peu hypertrophié, quelque peu vésiculaire, son tissu assez épais. Adhérences entre la tumeur et l'intestin, et entre le côlon transverse et le foie. Pas de péritonite.

OBSERVATION X (résumée). — 1887. HELFERICH.

Dilatation du cholédoque. — *Ulcération de la poche cholédoccienne*. — *Cholédocostomie*. — Mort (le vingt-neuvième jour, hémorrhagie et suppuration de la poche).

Zur Pathologie der Gallengänge Cyste des Ductus choledochus. Opérativ. Behandelt. (Inaug. Dissertat. V. Richard, Seyffert, Greefswald, 1888) et TERRIER, de la cholédocostomie. — Revue de chirurgie, 1893.

F... 23 ans, entrée à la clinique chirurgicale du professeur HELFERICH, à Greifswald.

Antécédents. — La malade, mariée depuis 3 ans, eut un enfant au bout de deux ans, et après la naissance de cet enfant, elle fut prise d'un ictère qui persista sauf pendant l'époque comprise entre novembre 1885 et mars 1886.

L'ictère s'accompagne de démangeaisons. Depuis juin 1886, elle remarque que son ventre augmente, devient dur, lisse, douloureux à la pression. Coliques violentes, en avril 1887, dans la région du foie, durant 1/2 journée, suivies d'une métrorrhagie intense. En même temps vomissement de sang, troubles digestifs, éructations, toujours soif, appétit bon. Gargouillements dans le ventre et besoins fréquents de miction. L'urine était foncée couleur de bière.

Ces douleurs deviennent de plus en plus violentes et la malade entre à la clinique le 25 mai 1887.

Examen à l'entrée. — Foie étendu du 4^e espace intercostal sur la ligne mamelonnaire à deux travers de doigt au-dessus du rebord costal. Sur la ligne parasternale, la limite supérieure atteint le bord inférieur de la 5^e côte : la limite inférieure descend jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. — Surface hépatique irrégulière et sensible à la pression, surtout en arrière.

On sent sur la ligne mammaire un cordon qui se dirige verticalement en bas. La vésicule est de dimensions normales, mais paraît indurée, on la sent fort bien. En dessous, et séparée du foie existe une tumeur du volume d'une tête d'enfant. Elle est ronde et molle, à fluctuation peu nette et descend à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse. A la percussion, son tympanique dû aux anses intestinales superposées. Le son change quand la malade change de position.

L'urine, rouge, renferme une petite portion de matières colorantes de la bile. Autrement, elle est normale.

Diagnostic probable, kyste du pancréas.

Opération le 28 mai 1887. Incision de dix centimètres sur la ligne médiane au-dessus de l'ombilic et suture provisoire du péritoine pariétal aux deux côtés de la plaie abdominale.

Ponction du kyste et évacuation d'un liquide foncé, vert, légèrement visqueux. On excise à la paroi antérieure du kyste une portion large comme une pièce d'un mark. L'épaisseur de la paroi est de cinq millimètres. Suture de la paroi du kyste à la plaie et évacuation complète du liquide. On ne trouve pas de concrétions, ni de calculs biliaires.

Drainage, pansement sec.

Suites immédiates. — Sang dans les pansements, mêlé de pus. Selles copieuses renfermant les matières colorantes de la bile. Longs et épais caillots de sang. Collapsus. Mort le 27 juin 1887, au milieu des signes d'une anémie générale.

Autopsie. — 27 juin. Cavité à paroi lisse. Sur la ligne médiane, à gauche de l'orifice externe de la plaie, on trouve le pylore soudé. A droite de la plaie, on trouve, à deux centimètres au-dessus du lobe droit, la vésicule qui se présente sous la forme d'un petit sac induré, en apparence vide. Foie gros, lisse, surface vert grisâtre. Dès le duodénum, la papille biliaire est tuméfiée et ne laisse passer une sonde que sur une étendue de cinq centimètres.

A la pression, il ne s'écoule pas de bile. En incisant on pénètre facilement, de l'ampoule de WATER, dans le cholédoque un peu rétréci, mais s'ouvrant librement dans ce sac.

De la vésicule, on pénètre dans le canal cystique dilaté long de deux centimètres et demi et s'ouvrant également dans la cavité kystique. Du canal hépatique, on passe également avec facilité dans la cavité kystique, de sorte que cette dernière est certainement le canal *cholédoque énormément dilaté* et à la dilatation duquel participent également les canaux cystique et hépatique.

A l'incision du sac, on trouve qu'il circonscrit une cavité des dimensions d'un poing dont la surface interne présente encore très nettement par places la structure d'un canal biliaire. Sur les coupes, épithélium typique des canaux biliaires. Ulcération au niveau de l'orifice qui conduit vers le duodénum, la surface interne du sac est ulcérée sur une grande étendue. En y versant de l'eau, il surnage une membrane verdâtre qui présente par places des vaisseaux isolés par les ulcérations, tout comme dans une caverne pulmonaire.

Diagnostic de l'autopsie. — Cystis permagna ductus choledochus. — Laparotomia. — Exulceratio partialis superficialis internae cystidis; hæmorrhagia exulcerations anæmia universalis. Icterus hepatis et renum.

Réflexions de M. TERRIER. — Il est probable que la plaie s'infecta ; en tous cas, il faut tenir grand compte des ulcérations trouvées à la face interne de la dilatation kystique du cholédoque, ulcérations qui donnèrent du sang, et ensuite du pus.

La *cholédocostomie* a été le plus souvent pratiquée sans qu'on sache exactement quelle était la partie des voies biliaires sur laquelle on agissait.

Dans l'observation d'Ahlfeld, on crut, le ventre ouvert, à un kyste de la vésicule ; celle-ci avait été fixée à la peau. Toutefois l'examen micrographique de la paroi réséquée du kyste ne présentait pas les caractères anatomiques de la vésicule. Faut-il rappeler que dans les dilatations avec inflammation de la paroi vésiculaire, celle-ci change notablement de texture, comme nous l'avons déjà signalé ailleurs. Toujours est-il que dans ces deux observations, ce fut à l'autopsie seulement qu'on s'aperçut de l'énorme dilatation du canal cholédoque, dilatation formant la tumeur qu'on avait fixée à la paroi abdominale, qu'on avait ouverte et dans laquelle on avait placé un gros drain.

Notons que dans ces deux cas, la dilatation absolument extraordinaire du cholédoque n'est *pas le résultat de la lithiase* biliaire, quoiqu'en aient dit Richard Seyffert et Gustave Konitzky dans leur thèse respective, et la raison en est bien simple, c'est que dans les deux cas l'autopsie pratiquée avec soin ne permit pas de découvrir le moindre calcul dans les voies biliaires.

OBSERVATION XI (résumée), 1887. AHLFELD (de Marburg).

Cholédocostomie. — Mort.

Ein fall von hoch gravider cystischer. Erweiterung des ductus choledochus.
— Inaugurat. dissert. von G. Konitzky, Marburg 1888, et Terrier, de la cholédocostomie, Revue de chirurgie, 1893, p. 85.

F..., 21 ans, entre le 24 octobre 1887 à la clinique gynécologique du Dr AHLFELD.

Antécédents. — Menstruation irrégulière. En juillet 1887, ictère. Tuméfaction sur le côté droit de l'abdomen.

Examen à l'entrée. — Ictère intense. La moitié droite de l'abdomen est occupée par une tumeur rénitente qui dépasse l'ombilic à gauche, dans une étendue de 10 centimètres, et qui paraît se continuer en haut avec le foie et atteindre en bas l'os iliaque.

Fluctuation très nette.

Matières fécales couleur *argile*. L'urine renferme en petites proportions des matières colorantes de la bile.

Diagnostic. — Tumeur dépendant du foie et formant obstacle à l'écoulement de la bile. Diagnostic de cette tumeur : on pense à un *kyste hydatique* du foie comprimant les voies biliaires.

Opération le 6 novembre 1887. — Cholédocostomie. Incision de 10 centim. à la hauteur et un peu à gauche de l'ombilic. On aperçoit la tumeur, d'aspect kystique. Avant de l'inciser, on la fixe par des sutures nombreuses aux lèvres de la plaie; mais, au moment même où l'on fait les sutures, il s'écoule par les piqûres un liquide fluide verdâtre. Après fixation, incision de la tumeur au centre, écoulement abondant de liquide biliaire. La paroi du kyste mesure 2 millim. d'épaisseur; elle est lisse et présente sa face interne colorée en vert foncé. En haut, le kyste se continue avec le foie.

Sutures nombreuses de la paroi kystique aux téguments. Drain. On crut, par la nature du liquide et la consistance des parois, à un *kyste de la vésicule* et d'un canal biliaire.

Examen histologique, par le Professeur MARCHAND. Paroi conjonctive. Pas d'épithélium, de glandes, ni d'éléments musculaires. Donc, pas d'éléments caractéristiques de la vésicule biliaire, mais ces éléments ont pu disparaître consécutivement à la dilatation de l'organe.

Suites immédiates. — 13 novembre, vomissements. Hypothermie. Collapsus. Mort.

Autopsie le 15 novembre par le Professeur MARCHAND. Adhérences au niveau de la fistule avec la paroi. La papille duodénale un peu aplatie avec un orifice très étroit, laissant passer une sonde et

conduisant directement dans le kyste. La face interne du kyste est inégale, grâce à des alternatives de proéminences mamelonnées verdâtres et d'endroits lisses plus clairs. Parois fibreuses très épaisses. L'orifice du cholédoque à la partie supérieure du kyste, un peu à gauche et en arrière, étroit, admet une sonde qui traverse obliquement la paroi d'avant en arrière et un peu de gauche à droite. La longueur de la partie conservée du canal, entre le kyste et l'orifice duodénal qui est représenté par la portion terminale traversant obliquement le duodénum, mesure environ deux centimètres et demi. A la partie supérieure du kyste, on aperçoit l'orifice dilaté du canal hépatique. En incisant le cordon qu'on avait pris pour la vésicule, on tombe dans une cavité étroite dont la face interne présente tous les caractères de la muqueuse de la vésicule et qui renferme une masse visqueuse couleur de bile. En évacuant ce liquide, on aperçoit des cicatrices profondes nombreuses. De la vésicule, on pénètre sans difficulté avec la sonde dans un diverticule situé à la partie supérieure du kyste et admettant l'extrémité du petit doigt. Le sac en question, adhérent à la veine porte, ne peut donc provenir que des parties supérieure et moyenne du cholédoque.

Diagnostic à l'autopsie. — *Dilatatio cystica permagna ductus chole-
dochus. Laparotomia hepatitis interstitialis et icterus hepatis et
renum. Icterus universalis catarrhus gastricus chronicus.*

Réflexions. — M. TERRIER dit : « Fistule biliaire persistante qui entraîna la mort de la malade au 8^e jour et par collapsus. Ici pas d'hémorrhagie ni de suppuration comme dans le fait de HELFERICH.

L'opération fut suivie d'un écoulement très abondant de bile, écoulement auquel G. KONITZKY attribua la mort de la patiente, par suite d'un épuisement rapide en quelque sorte suraigu (?).

M. TERRIER conclut : les faits de la dilatation du cholédoque sont relativement très rares ; et ceux pour lesquels on est intervenu, encore plus exceptionnels. Aussi faut-il se garder de formuler des conclusions fermes, et pour cela attendre d'autres observations avec intervention.

OBSERVATION XII. — 1892. QUÉNU.

*Obstruction du canal cholédoque. — Absès sous-hépatique. — Laparotomie. —
Impossibilité de trouver la vésicule biliaire.*

TERRIER. De la cholédocostomie. In *Revue de chirurgie*, 1892, p. 934.

F..., Agée de 60 ans.

Antécédents. — Affectée de lithiase biliaire depuis l'âge de 20 ans. La première colique hépatique la prit en 1832, à St-Petersbourg, et fut suivie de jaunisse.

Puis, pendant vingt ans, calme complet, aucune crise.

En 1852, coliques hépatiques. En 1875, crises très douloureuses nécessitant un séjour au lit pendant trois semaines. De 1875 à 1878, petites attaques. En 1882, crises plus fortes, saisons à Vichy. Les douleurs s'espacent et ne reviennent plus que tous les trois ou quatre mois. En 1883 et 1884, nouvelles saisons à Vichy.

Depuis 1884, les attaques de coliques se rapprochent, la malade en a une en moyenne par semaine, la teinte *ictérique* ne persiste guère. A partir du 16 février 1892, la jaunisse est devenue permanente ; de plus, la malade a été prise de fièvre et de douleurs continuelles au creux épigastrique : vésicatoires, sulfate de quinine, huile d'olive à hautes doses, térébenthine, éther. En avril 1892, la malade consulte le docteur HUTINEL qui reconnaît l'existence d'un abcès intraabdominal et conseille une intervention.

C'est alors que je fus appelé par mon confrère, le docteur BARBANIS de Joinville-le-Pont, à qui je dois du reste tous ces renseignements.

Examen à l'entrée. — Le 12 avril 1892, la patiente est dans un état lamentable. Sa température oscille entre 39 et 39°5. Les téguments sont colorés d'une façon intense par le pigment biliaire. La faiblesse est telle que la malade, constamment alitée, ne se déplace dans son lit que difficilement et au prix de grandes souffrances. La bouche est pleine de muguet. Les selles sont presque entièrement décolorées ; les urines sont rares, épaisses et chargées de pigment. Dans le ventre, on sent une tuméfaction extrêmement douloureuse qui part de l'épigastre et du rebord costal droit et qui descend un peu au-dessus de l'ombilic.

Diagnostic. — Nous sommes d'avis qu'il s'agit d'un abcès développé autour d'une vésicule biliaire malade et bourrée de calculs et nous ne nous dissimulons pas le peu de chance de succès dans l'opération. Sur l'insistance de la famille, l'opération est pratiquée.

Opération le 16 avril 1892. — Après incision de la paroi abdominale le long du bord *externe* du muscle droit, j'ouvre la cavité abdominale et reconnais le bord antérieur du foie en haut. Au-dessous du foie, il existe une tumeur fluctuante, recouverte en partie par l'épiploon et des fausses membranes. Je ponctionne avec l'appareil Potain, mais les parois enflammées et minces de la poche se déchirent à côté du trocart et je ne parviens qu'à grand'peine à m'opposer à l'écoulement de pus dans le péritoine. Le foyer qui renfermait un pus extrêmement fétide, une fois vidé et nettoyé, je tâche de m'orienter et de trouver les voies biliaires ; je me hâte de fermer la cavité abdominale en bas de mon incision, et je suture les lèvres de la poche incisée à la paroi abdominale. L'abcès ainsi bien isolé, j'introduis la main dans sa cavité et je reconnais que celle-ci se prolonge ou paraît se prolonger derrière l'estomac, *nulle part* je ne sens de tumeur, de *nodosités*, de poche ni de *concrétions*. J'ai comme point de repère le bord du foie, sur la ligne

qui répond au fond de la vésicule, je suis la face inférieure du foie et ne trouve rien. Avec un fin trocart, j'explore à travers la poche, c'est-à-dire par son intérieur, les points où je pourrais supposer la vésicule ; mes explorations restent négatives. D'autre part, la minceur, l'aspect, l'étendue et le prolongement rétrogastrique, m'empêchent de supposer un seul instant que l'abcès soit constitué par la vésicule elle-même ; je terminai l'opération en plaçant deux drains.

Suites immédiates furent excellentes. D'abord et malgré l'état de faiblesse, un soulagement considérable, la suppression des vomissements et la chute du thermomètre à 37°. L'amélioration parut s'accroître encore les jours suivants. La fièvre ne reparut plus et le ventre resta plat, mais l'ictère ne fut pas modifié.

Quatre ou cinq jours après, j'essayai encore, à travers la plaie, de trouver la vésicule avec de fines aiguilles, je ne pus rien sentir.

La malade résista ainsi vingt-deux jours, et succomba le 8 mai, à des phénomènes d'intoxication biliaire, subdelerium, décoloration complète des selles, etc. L'autopsie n'a pu être faite.

OBSERVATION XIII. — 1894. LÉVINE.

Cholécyste cholérique perforante. — Laparotomie.

Affections biliaires dans le choléra. — Congrès des médecins russes.
Wratsch, St-Petersbourg, n° 3, 1895 (1).

H..., au sixième jour du choléra, après une attaque de choléra très intense, les symptômes disparurent, puis on constata une brusque élévation de la température avec douleur du côté droit. Le lendemain s'est montré l'ictère.

La douleur était bien limitée à la région cystique. Bientôt apparurent des symptômes francs de péritonite.

Opération, 1894.

Laparotomie qui a montré un commencement de péritonite péri-hépatique et une *perforation* de vésicule biliaire. — Mort.

Autopsie. — On trouva un catarrhe très prononcé de gros troncs biliaires et de la vésicule qui présentait plusieurs *ulcérations*, dont une a abouti à la perforation.

Réflexions. — L'auteur a observé un cas analogue pendant l'épidémie, mais sans péritonite. Enfin, à l'autopsie de deux autres cholériques, il a trouvé un catarrhe muco-purulent des voies biliaires qui ne s'était manifesté par aucun symptôme net pendant la vie.

(1) Observation résumée dans la Gazette des hôpitaux, 1894.

L'examen microscopique et bactériologique de l'exsudat mucopurulent et des parois de la vésicule biliaire a montré la présence de *coli-bacille*, sans le bacille du choléra.

OBSERVATION XIV (observation résumée dans la revue de HAYRM),
1895. — SCHEILD et WILLIAMS-MONNIER.

Cholécystite typhique perforante. — Cholécystostomie.

A Case of perforation of the Gallbladder following typhoid fever successfully treated by abdominal section. Lancet, Londres, 2 mars 1895, p. 534 et 536.

Femme, 31 ans, entrée le 18 septembre 1894.

État actuel. — Cette malade, au 11^e jour d'une affection fébrile, est prise d'une *douleur* soudaine et très aiguë dans l'abdomen avec *collapsus* marqué; en même temps le pouls faiblissait. La température de 39°2 tomba à 37°2. La respiration est de 20 par minute.

Rate hypertrophiée. Ventre ballonné.

Diagnostic. — Le 21 septembre, on diagnostique une fièvre typhoïde. Le 23, on soupçonne une *perforation* intestinale. Cependant les accidents se calmèrent. Le 28 octobre, la guérison était considérée comme certaine, mais la température restait entre 39°2 et 39°6. Le pouls restait à 110. La langue était humide et propre. Durant la 4^e semaine, la température tomba par lysis et la patiente était en convalescence.

Le 30 octobre, la malade ressent de nouveau une *douleur* assez vive au niveau de l'angle du côlon ascendant et du côlon transverse, et on trouve au palper une zone du volume d'une orange, très sensible et mate à la percussion.

Le 31, l'état général étant grave, la température était à 39°5, le pouls à 140 très faible, on pense de nouveau à une *péritonite par perforation* et l'on juge l'intervention nécessaire.

Opération le 1^{er} novembre 1894, par M. SCHEILD. Laparotomie *médiane*. On trouve l'intestin distendu, inflammation dans l'hypocondre droit, pus sous le foie.

Vésicule biliaire enflammée et adhérente, non distendue, de couleur brun violet.

Dans le voisinage du côlon, on découvrit une *ulcération* plus large qu'une pièce de dix centimes. Tentative de suture de la perforation, après examen de la vésicule, cette tentative demeure infructueuse. On songe à la *cholécystectomie*, mais on se borne à suturer la partie ulcérée au péritoine pariétal et à drainer avec soin à l'aide d'une incision complémentaire. Donc *cholécystostomie*.

On ne découvrit *point de calculs*.

Suites. — La guérison se fit sans trop d'incidents.

OBSERVATION XV (résumée). — 1884. ROSE

Paracholécystite suppurée à évolution antéro-supérieure. — Résection de la septième côte. — Insuffisance de cette ouverture pleurale. — Phlegmon du sternum consécutif à l'incision. — Infiltration du pus vers le côté gauche. — Nécrose de plusieurs côtes gauches. — Résection de cinq cartilages costaux gauches nécrosés.

Studien zur conservativen chirurgie der gallenblase. Berlin. Klinisch.
Wochenschrift, n 46, p. 1072, 17 novembre 1890

H..., souffrant depuis quelque temps d'un abcès dans la région du flanc droit.

Examen à l'entrée. — Phlegmon de la paroi thoracique et pyopneumothorax.

Diagnostic. — Accidents consécutifs à la rupture d'un abcès de la vésicule biliaire.

Opération. — Août 1884.

Résection de la septième côte droite, ouverture du cul-de-sac pleural. Lavage de ce cul-de-sac, évacuation de pus, de gaz et de bile; on découvre, dans le sillon de séparation des plèvres costale et diaphragmatique, l'existence d'un trajet accessible au doigt, qui, en contournant le foie, arrivait à la vésicule. Le catéthérisme n'ayant révélé aucun obstacle dans les voies biliaires, on se borne à introduire un double drain dans la cage thoracique et dans la vésicule biliaire.

Suites immédiates. — Phlegmon du sternum. Incision.

Suites éloignées. — L'abcès, insuffisamment ouvert, s'insinue vers le côté gauche, détermine une périchondrite gauche. *Résection de cinq fragments de cartilages nécrosés ayant une longueur de vingt-cinq centimètres.*

OBSERVATION XVI. — 1878. G. BROWN.

Péri-cholécystite suppurée sans calculs, puis fibreuse. — Laparotomie. Destruction des adhérences. — Guérison complète.

Du traitement de l'hydropisie de la vésicule biliaire par l'opération avec observation d'un cas heureux. British. méd. Journal, 21 décembre 1878. — Lu à la section de médecine à la réunion annuelle de the British médical association à Bath, août 1878 (1).

F... 45 ans.

Antécédents. — Mère de six enfants, tous vivants, le plus jeune

(1) Observation traduite par mon ami MONTAIS à qui j'adresse ici mes bien sincères remerciements.

Agé de 7 ans. Très bonne santé pendant ses grossesses, mais pendant les six années dernières environ, elle souffrit d'indigestions, de maux d'estomac, de constipation, d'accès de coliques hépatiques. Les règles étaient encore régulières. L'affection actuelle date du commencement de février 1877, époque à laquelle elle ressentit, un jour après avoir nettoyé des fenêtres, des douleurs du côté droit au-dessous du foie. Elle n'y attacha alors aucune attention et conclut qu'elle avait un effort musculaire en se penchant au dehors pendant le nettoyage ; en se couchant, elle fit des frictions dans la région costale pour diminuer la douleur et perçut une masse dure. Le lendemain, elle fit venir un praticien de l'endroit qui lui dit qu'elle avait une tumeur dans le côté, diagnostic qui fut confirmé par un confrère, lequel ajouta que la nature et la situation rendaient impossible tout traitement, qu'on ne pouvait qu'alléger les douleurs. Ne pouvant obtenir de ces messieurs aucun renseignement de plus, elle se rendit alors à un des hôpitaux métropolitains spécialement affectés aux maladies des femmes. Le médecin de garde se prononça pour le diagnostic : Tumeur abdominale, dont il ne précisa pas la nature. Il lui proposa d'aller chez elle pour ponctionner sa tumeur afin de savoir si elle contenait un liquide. La malade promit de réfléchir à cela, mais ne retourna pas à l'hôpital.

Examen à l'entrée. — Femme grande, maigre, ictérique. Je trouvai une tumeur dans la région hypogastrique droite, s'étendant du bord inférieur du foie jusqu'à environ quatre pouces au-dessous. La percussion donna comme limites latérales deux lignes, l'une allant du mamelon droit à l'épine du pubis, l'autre tracée à un pouce et demi à droite de l'ombilic. De forme pyriforme, la partie la plus étroite de la tumeur était située contre le foie ; on pouvait la palper à travers la paroi abdominale. Au toucher, elle paraissait en son point le plus large avoir le volume d'une orange moyenne. Elle était indépendante de la paroi abdominale et pouvait être mobilisée d'un côté à l'autre. Auparavant, je priai la malade de faire une grande inspiration, la tumeur suivit le mouvement du diaphragme, d'où je conclus qu'elle adhérait au foie. J'étais incapable de déterminer si l'accroissement de volume était dû à du liquide ou à des calculs, car il était impossible d'y déceler de liquide. Comme la malade ne souffrait pas trop, je fus d'avis de ne rien faire pour le moment, sinon de traiter sa constipation et ses accidents biliaires. Je gardai la malade en observation pendant environ neuf mois, avant qu'il ne survint aucune aggravation.

Pendant ce temps, la malade eut deux ou trois accès de *colique biliaire* avec vomissements de liquide bilieux qui furent soulagés au moyen de cataplasmes. Cependant la tumeur grossissait d'une façon lente mais continue. La nuit du 31 décembre dernier, la malade fut prise soudain de gêne et de douleurs très vives dans les intestins. Je la vis le lendemain et prescrivis les remèdes ordinaires. Elle eut une selle liquide, verdâtre. La tumeur était devenue très douloureuse et mesu-

rait environ cinq pouces de long sur quatre et demi de large. Son bord droit dépassait alors l'ombilic d'environ un pouce et demi. Accidents fébriles.

Diagnostic. — Tumeur du foie, abcès. Diagnostic vérifié par ponction aspiratrice sous chloroforme qui rend six onces de pus jaune, non fétide, légèrement teinté de sang. Je fus plutôt désappointé à la vue de la petite quantité de pus qui s'était échappée. La tumeur n'avait pas changé de volume. En introduisant une sonde dans la cavité, je crus trouver quelques masses nodulaires dures, de la grosseur d'une noisette. A cette époque, je pensai que ces calculs étaient des calculs enclavés, idée que je dus repousser par la suite. Cette exploration fut suivie de quelques accidents. La plaie elle-même de la ponction s'infecta. En présence de la gravité de l'état général qui s'accroissait, on décida d'intervenir, ouvrir l'abdomen et reconnaître s'il s'agissait de la vésicule, auquel cas on la fistuliserait après avoir vidé son contenu. Si les adhérences n'étaient pas fermées, *j'avais l'intention de suturer les parois de la vésicule à celles de l'abdomen. Je pensais qu'ainsi je ne ferais qu'amener le meilleur résultat dont la nature fût capable.*

Opération, 1878.

Incision de la paroi commençant au niveau de la ponction exploratrice préalable, et se prolongeant sur la ligne médiane sur une longueur d'environ deux pouces et demi. Après la première incision, je coupai, sur conducteur, le péritoine. Plusieurs vaisseaux divisés nécessitèrent la torsion, et la profonde artère épigastrique, qui avait été coupée, dut recevoir une ligature. Au lieu de tomber sur la vésicule biliaire, comme je m'y attendais, je trouvais que j'avais ouvert la cavité péritonéale.

En introduisant mon doigt dans la plaie pour explorer l'abdomen, il parut évident que la masse de la tumeur était à gauche de l'ombilic et de la ligne médiane; que l'augmentation du volume au niveau de l'insertion était due à des adhérences inflammatoires et épiploïques. Je fis alors une incision perpendiculaire à la première, courant vers la ligne médiane et un peu au-dessous de l'ombilic, espérant traverser la vésicule biliaire, mais ce fut sans succès. Nous décidâmes alors de nous contenter de ce qui avait été fait, étant donné que la malade était sous le chloroforme depuis une heure et que son état était très faible. Je fis encore une exploration digitale avant de refermer le ventre et je me frayai un *chemin à travers les adhérences* du côté gauche, aussi loin que mes doigts le pouvaient. Cette façon d'agir fut, à mon avis, ce qui sauva la malade et rendit inutile une opération ultérieure. Fermeture de la plaie en trois plans. Pansement imbibé d'huile phéniquée.

Suites immédiates. — Douleur violente au réveil. Toux suivie d'un léger écoulement sanguin, nausées, vomissements bilieux. Issue d'un

liquide qui mouilla tout le pansement et qu'on reconnut être de la bile; flot continu de liquide jaunâtre, qui devint au bout de plusieurs jours purulent et fétide. Pas de péritonite.

Suites éloignées. — Disparition de la tumeur sans laisser de trace. Un mois après, la malade se promenait. Il y eut un petit abcès de la cicatrice formant fistule, qui se termina spontanément quelques mois après. Guérison complète.

Réflexions. — Je ne crois pas beaucoup à l'inclusion d'un calcul dans le canal cystique. Dans ce cas, il se serait produit une distension vésiculaire d'un volume énorme. Ici il y a eu d'abord un *abcès péricholécystite* que j'ai ponctionné puis *adhérences périvésiculaires* qui amenèrent la distension de celle-ci, distension qui pouvait se terminer par rupture.

OBSERVATION XVII. — 1890. MOORE NORMAN.

Péricholécystite suppurée non calculeuse. — Laparotomie. — Mort.

Société pathologique de Londres, séance du 16 décembre 1890.

H..., 67 ans, présentant constipation extrême et l'aspect clinique d'une obstruction intestinale.

Diagnostic. — Obstruction intestinale.

Opération 1890.

Laparotomie : on ne découvre aucun obstacle au cours des matières, mais une *collection de pus* teinté de bile sous le lobe droit du foie limité par des adhérences récentes.

Suites immédiates. — Mort par péritonite suraiguë.

Autopsie. — Ulcérations multiples de la vésicule biliaire. *Pas de calcul.* Pus et mucus au niveau de ces ulcérations. L'une d'elles aboutit à une perforation qui communique avec l'abcès sous-hépatique. Voies biliaires largement perméables. Pas d'obstruction biliaire.

OBSERVATION XVIII. — 1882. MUSSER et KEEN

Péricholécystite fibreuse. — Laparotomie exploratrice. — Guérison opératoire.

Etat local : résultat nul.

Dr MUSSER, chef du dispensaire médical à l'hôpital de l'Université de Pensylvanie et Dr KEEN, professeur au Collège médical de Philadelphie, chirurgien de l'hôpital Ste-Marie (1).

H..., 32 ans.

Antécédents. — En 1876, premières attaques de coliques hépatiques

(1) Observation traduite dans la Revue de clinique, 1885, p. 493.

suivies de jaunisse. Pendant cinq ans reprises diverses, la jaunisse devient continue avec démangeaisons et une douleur dans l'hypocondre droit.

En mars 1882, *coliques* quotidiennes pendant quinze jours, amaigrissement, douleurs lancinantes dans la moitié supérieure de l'abdomen.

Examen à l'entrée. — *Tuméfaction* de la vésicule dépassant les côtes de deux centimètres et demi, douloureuse, dure, non fluctuante, du volume d'un œuf.

Élévation de la température, accroissement de la douleur. Sur la ligne mamelonnaire, le foie va du cinquième espace à plus d'un centimètre au-dessous des côtes. Matité à l'épigastre et tuméfaction remplissant l'espace entre l'appendice xyphoïde et deux centimètres au-dessus de l'ombilic, gagnant des deux côtés jusqu'à l'angle des côtes. Urine icterique et pigment biliaire en abondance.

Diagnostic. — ?

Opération le 3 mai 1882. — Incision [de sept centimètres et demi à droite, partant de la ligne blanche, parallèle aux côtés et à quatre centimètres au-dessous d'elles. Un seul gros vaisseau sectionné (branche supérieure de l'épigastrique). Cinq autres pinces et ligatures avant l'ouverture du ventre. Incision insuffisante portée à quatorze centimètres dont cinq centimètres à gauche de la ligne blanche. La spatule spéciale de KEEN est introduite (c'est une sorte d'abaisse-langue creusé en gouttière, dont une extrémité se termine en un entonnoir, au sommet duquel s'adapte un tube en caoutchouc. Cet instrument déprime l'intestin et recueille les liquides dont il empêche la pénétration dans l'abdomen). Foie de couleur sombre. Pas d'hypertrophie ni de ramollissement, sauf le lobe gauche qui paraît être le siège d'un abcès. A l'exploration profonde, *masse indurée* du volume du poing, *adhérente* au foie, au côlon et au petit intestin. La vésicule doit être *englobée* dans cette masse, car on ne peut en retrouver de traces. *Pas trace non plus de calcul.*

Devant ces difficultés, le ventre est refermé.

A diverses reprises, tendances syncopales pendant l'opération. Application de dix sutures comprenant le péritoine. Durée de l'opération quarante-cinq minutes.

Suites immédiates. — Schock prolongé. Au quatrième jour, hémorrhagie de deux à trois onces, superficielle, par les tissus sous-cutanés et les points de suture.

Ce suintement dure pendant deux semaines, se reproduisant tous les jours, puis tous les trois ou quatre jours pendant la semaine suivante.

Comme complication locale, petit *abcès* de la plaie, puis *lymphangite* suppurée. Les premières sutures sont enlevées le dixième jour.

Suites éloignées. — Le malade se lève le quarantième jour et sort le soixantième. La jaunisse persiste encore, mais les douleurs n'ont

pas reparu. Après une saison aux eaux minérales, l'ictère a disparu ainsi que la tuméfaction du foie, mais pas de changement dans la tumeur de l'épigastre.

OBSERVATION XIX. — 1885. PÉAN.

Cholécystite séro-purulente. — Ictère à répétition. — Distension de la vésicule. — Libération d'adhérences. — Mort.

Cliniques de Péan, n° 754 (1).

F..., 75 ans, morphinomane, névropathe.

Antécédents. — *Coliques hépatiques* depuis quatre ans. Ne prend que du lait depuis deux mois, a vu un très grand nombre de médecins éminents, qui l'ont abandonnée.

Ictère à répétition ayant fini par devenir continu, au point que les téguments sont noirâtres sur tout le corps.

Examen à l'entrée. — *Ictère.* Foie petit à la pression, introuvable au palper. Impossibilité de sentir la vésicule biliaire au palper, même en mettant les parois du ventre en état de relâchement.

Diagnostic. — Le diagnostic devient difficile. La malade exige qu'on enlève sa vésicule biliaire, ainsi que cela lui avait été conseillé par DAMASCHINO. Elle affirme que si je lui refuse cette satisfaction, elle se suicidera en notre présence avec le pistolet qu'elle tient à sa main, plutôt que d'attendre. Nous pensons qu'il s'agit d'*hydropisie de la vésicule enflammée*

Opération le .. septembre 1885.

Incision verticale au niveau de la vésicule biliaire, remontant au-dessus de la dixième côte qu'elle respecte et descendant à dix centimètres au-dessous. Paroi abdominale grasse, hémophile (20 pinces). Ouverture du feuillet pariétal du péritoine au niveau du bord extérieur du grand droit, que je coupe un peu transversalement à la partie inférieure de la plaie.

L'introduction du doigt dans la cavité péritonéale, pour sentir les rapports du bord inférieur du foie et de la vésicule, montre que le foie est atrophié, induré, inégal à la surface, cirrhotique, et que la vésicule est entourée d'*adhérences épiploïques* épaisses qui l'englobent en totalité et donnent la sensation caractéristique du colon transverse. Pour la reconnaître, je soulève ce paquet d'adhérences avec le doigt en

(1) Cette observation est donnée dans la thèse de CALOT, comme *cholécystectomie*. Il est vrai que la malade réclame qu'on lui supprime sa vésicule, mais nulle part il n'est dit dans le texte même que la vésicule fut enlevée. Il est simplement question de séparation d'adhérences entre la vésicule et les organes ambiants.

dedans et en dehors, et je constate que le col de la vésicule est seul libre. J'agrandis l'incision du péritoine pariétal; dès qu'elle a cinq centimètres de longueur, je reconnais, à la vue, que le foie ainsi que la vésicule sont cachés sous les côtes, et que la vésicule est reconnaissable sur une surface de trois centimètres, à sa coloration blanchâtre, à l'épaississement de ses tuniques, tandis que les portions voisines sont cachées par l'épiploon qui lui adhère.

Je cherche vainement à détacher ces adhérences avec l'index; elles sont trop anciennes, trop résistantes. Je constate également que la vésicule est trop profondément située derrière les côtes pour pouvoir l'attirer au dehors, l'ouvrir et la suturer à la paroi abdominale; aussi je prends le parti de la vider avec un trocart long et fin. Cette ponction, qui confirme le diagnostic d'hydropisie de la vésicule enflammée, donne issue à trois cents grammes de bile jaunâtre, mélangée de sang et de pus. Dès que cette poche fut vidée, on détache beaucoup plus facilement la vésicule de ses adhérences au foie, à l'aide du bistouri. Hémorrhagie modérée, calmée à l'aide des moyens habituels. Sutures en plusieurs plans des parois abdominales. Pansement antiseptique.

Suites immédiates. — Réaction excellente. Pas de fièvre les jours suivants. Mais la malade tolère mal les aliments. Cette intolérance existait avant l'opération. Elle succomba le neuvième jour à la persistance de l'inanition.

OBSERVATION XX. — 1886. KNOWSLEY-THORNTON

Péricholécystite fibreuse. — Laparotomie. — Destruction des adhérences. — Guérison complète

Extrait d'une communication orale faite in the *section of Surgery* à la réunion mensuelle de *Britisch medical association* de Brighton. — *Britisch med. Journal*, 13 novembre 1886 (1).

F..., ayant été examinée par plusieurs des plus éminents médecins de Dublin, ainsi que par le D^r HABERSHON. On avait porté le diagnostic de coliques hépatiques avec foie très congestionné.

Examen à l'entrée. — La malade était dans un état d'épuisement avancé et souffrait énormément d'attaques périodiques de coliques. Je fus appelé pour l'examiner en vue d'une opération. Je trouvai un corps arrondi à la vésicule, qui semblait être cet organe distendu, et aussi un très gros foie atteignant du côté droit presque le bord du pelvis. Il fut décidé que je ferais une incision exploratrice pour juger de ce que je pouvais faire.

(1) Observation traduite par mon ami MONTAIS.

Diagnostic. — Coliques hépatiques. Distension de la vésicule biliaire.

Opération le 1886.

Laparotomie. — En ouvrant le péritoine, je trouvai une grande masse d'adhérences formées par l'épiploon (omentum) et le ligament suspenseur du foie adhérent à la surface du foie et au péritoine pariétal. La masse n'était pas la vésicule, mais le bord arrondi du lobe droit augmenté de volume, avec la masse inextricable d'adhérences. A un pouce environ de la ligne médiane, la surface du foie était adhérente au péritoine pariétal et profondément vers la fosse iliaque droite, je trouvais la vésicule biliaire avec sa paroi manifestement épaissie. La surface postérieure adhérait au péritoine pariétal postérieur, et son extrémité inférieure était unie au ligament large droit par une bande très épaissie de tissu cellulaire atteignant l'épaisseur du pouce. Je ne pus, malgré le plus soigneux examen, découvrir *aucun calcul*, ni dans la vésicule ni dans ses conduits, et, quand il y en aurait un, il m'aurait été tout-à-fait impossible de soulever la vésicule de façon, après l'avoir ouverte, à pouvoir fixer son ouverture dans la plaie abdominale; et il m'aurait été difficile de suturer toute ouverture de la vésicule, à la façon dont elle était située dans la cavité abdominale, au-dessous du foie hypertrophié. La question était de savoir si la *forte bande adhérente au fond de la vésicule pouvait être la cause des coliques*, en empêchant les contractions de la vésicule, et s'il fallait la diviser. Le risque de faire plus de mal que de bien avec une structure pareille au fond de la cavité abdominale et de n'être guidé que par le toucher firent décider de laisser les choses à elles-mêmes et avec le complet assentiment des D^{rs} LITTLE, GORDON et ARHUIL, et du Professeur BENNETT, qui étaient présents, ces deux derniers ayant bien voulu m'assister pour l'opération. Je résolus alors de me contenter de la simple *division du ligament suspenseur* et de la *séparation de l'épiploon adhérent avec le ligament, le foie et la paroi*.

Suites immédiates. — La malade revint parfaitement à elle et n'eut aucun accès de colique.

Suites éloignées. — *Suppression* de toute colique. La malade vint me voir récemment, jouissant de la plus parfaite santé. Le foie est revenu à sa position normale.

Réflexions. — Il est difficile d'attribuer la guérison à l'opération, mais il est également difficile de croire que la diète et le traitement suivi après l'opération aient pu seuls amener une si merveilleuse résurrection. La malade avait été, avant mon opération, soumise aux meilleurs traitements médicaux et, cependant son état continuait à empirer. Autant que j'ai pu le comprendre dans son histoire, la péritonite, qui avait abouti à ces adhérences étendues, avait pris naissance, il y a plusieurs années, à la suite de couches, et c'est un fait digne de remarque qu'un tel résultat de péritonite puerpérale : des adhérences enveloppant

des organes aussi éloignés que la vésicule et le foie, et les laissant fixer d'une manière permanente aux organes pelviens.

L'affection, qui était arrivée au summum de l'opération, avait subi une impulsion par la revascularisation des adhérences pendant une récente grossesse avec avortement.

OBSERVATION XXI. — 1888. RIEDEL

Adhérences péricholécystiennes. — Appendice linguiforme. — Laparotomie exploratrice. — Rupture des adhérences. — Guérison

Berliner Klinick Wochensch. 1898 (1)

F..., 42 ans.

Antécédents. — La malade accuse depuis quatre ans des *douleurs* dans le corps, alors qu'auparavant elle était une femme florissante. Depuis l'automne principalement, elle est considérablement amaigrie; elle a perdu en tout 20 kilogs. Tout le corps est sensible, spontanément comme à la pression, principalement le côté gauche, qui ne peut tolérer aucune exploration. À droite, sous le foie, elle se plaint d'une douleur. L'appétit est suffisant, les selles tardives. La malade est d'humeur mélancolique, désespérée de sa situation. Elle est dans une agitation constante, remue jour et nuit, ne peut dormir.

Examen à l'entrée. — L'exploration, pratiquée dans une période de calme et où les lésions sont à froid, ne montre aucune anomalie dans l'abdomen, sauf un *appendice linguiforme* qui s'étend profondément, à partir de l'ombilic, sous la ligne blanche, de deux centimètres. On ne perçoit pas de tuméfaction à la partie médiane. Par le vagin, on peut constater que l'utérus est dévié à gauche du promontoire par des tissus inflammatoires. Par cette exploration, les douleurs s'irradient vers le côté gauche du ventre.

Relativement à l'appendice hépatique, qui apparaît comme un lobule moniliforme, le doute subsiste.

Diagnostic. — *Dilatation* de la vésicule biliaire. Contre l'idée d'une affection de la vésicule biliaire, il y a l'absence d'ictère et de colique hépatique. Dans le but de reconnaître s'il y a appendice hépatique et, par ce fait même, de supprimer les pesanteurs de la malade, elle fut mise au repos jusqu'au 5 mai 1888.

Opération le 5 mai 1888. — Laparotomie exploratrice. On découvrit alors qu'une *tumeur* volumineuse, de couleur gris bleu, s'étendait sous l'incision. Son extrémité, ainsi que le fond de la vésicule, étaient reliés

(1) Traduction personnelle.

par des *adhérences* solides avec la paroi abdominale antérieure. A deux bons centimètres, au-dessous de la face antérieure de l'appendice, se trouvait la vésicule biliaire, s'étendant par en bas, se prolongeant loin du bord médian de l'appendice. Au premier abord, elle paraît normale; elle ne contient certainement aucun calcul.

Dans la supposition que la bile concrétée pouvait être la cause de ces désordres, on tenta de rapprocher la vésicule de la paroi abdominale, ce qui fut impossible à cause de la profondeur de sa situation. La plaie fut refermée avec des sutures au catgut.

Suites immédiates. — Au pansement du 13 mai, il n'était pas possible de trouver la vésicule; elle était recouverte de masses épiploïques. Le lobe hépatique adhéraît solidement à la paroi abdominale antérieure. La plaie guérit dans l'espace de quelques jours,

Suites éloignées. — La patiente n'accuse plus aucune douleur. Elle reste cependant mélancolique et craintive comme auparavant.

OBSERVATION XXII. — 1891. TERRILLON

Cholécystite chronique. — Laparotomie. — Évacuation du liquide vésiculaire. — Résultat nul.

Bulletin général de thérapeutique, 1892, p. 489.

F..., 29 ans, entrée le 22 octobre 1891.

Antécédents. — En avril 1889, violente crise de *colique* hépatique, se reproduisant régulièrement chaque mois jusqu'en février 1891, sans ictère ni décoloration des selles, *sans calcul* jamais dans les matières fécales.

En février 1891, *ictère* qui n'a pas cessé depuis. *Décoloration* des selles, crises plus fréquentes revenant tous les trois ou quatre jours. Amaigrissement, anorexie, suppression des règles.

En août 1891, tuméfaction manifeste au niveau des fausses côtes droites.

Examen à l'entrée. — Ictère généralisé. Dans la région hépatique, *tuméfaction* arrondie s'étendant à cinq travers de doigt au-dessous des fausses côtes gauches, se continuant avec le foie et suivant la respiration, se prolongeant assez loin vers la région lombaire; on peut la saisir entre la main appliquée sur le ventre et l'autre main placée dans la région lombaire.

Diagnostic. — On pouvait penser à un rein déplacé, mais l'ictère, les coliques, la continuité avec le foie font penser à une lésion de la vésicule.

Opération le 3 décembre 1891. — Laparatomie. Incision latérale, droite sur le bord externe du muscle droit. Je trouve un lobe de foie hypertrophié, descendant jusqu'au-dessous de la ligne transversale, passant par l'ombilic. Au-dessous de ce lobe hypertrophié se trouve le rein droit déplacé, volumineux, accolé à la face inférieure de la vésicule. C'est lui qui forme cette tumeur que l'on avait prise pour la vésicule distendue.

Recherche de la vésicule. — Elle est grosse comme un marron, de couleur blanc mat; on voit de suite qu'elle est distendue par une faible quantité de liquide. Les parois ont subi une altération et sont devenues fibreuses et épaisses. Cette vésicule est située profondément vers le hile du foie, et c'est en soulevant la partie hypertrophiée que j'arrive à l'explorer. Une ponction avec l'appareil Potain donne issue à 50 gr. de liquide citrin, mais n'ayant aucune apparence de bile. La vésicule vidée, j'explore la région du canal cystique et le hile du foie, où je constate un *épaississement des tissus fibreux* très évident, entourant tous les organes, mais sans découvrir *aucun calcul*. Par suite de l'hypertrophie du foie, cette région était tellement profonde que l'exploration était difficile. La vésicule adhérait intimement au tissu hépatique et ses parois paraissaient avoir au moins trois fois l'épaisseur normale.

Ne voyant aucune indication spéciale, je refermai la paroi abdominale.

Suites immédiates. — Relativement rapides.

Suites éloignées. — Résultat de l'intervention nul. Les attaques de coliques hépatiques existent toujours. Revue en 1892; aucune amélioration.

OBSERVATION XXIII. — 1892. BÖCKEL

Ictère datant de cinq ans. — Laparotomie exploratrice. — On ne trouve ni vésicule ni calculs, mais des adhérences. — Résultat nul.

Congrès français de chirurgie, 1892, séance du 22 avril (soir).

F..., 29 ans, entrée le 20 février 1892.

Antécédents. — Ictère depuis trois ans sans colique hépatique, sans élimination de calculs. Pas d'ascite. Selles *décolorées*, urines bilieuses. État général des plus satisfaisants.

Examen à l'entrée. — Foie volumineux, dépassant le rebord des fausses côtes de près de quatre travers de doigt. Vers son bord inférieur, on sent une *tuméfaction* qui correspond à la vésicule biliaire.

Diagnostic. — Obstacle occasionné par des calculs.

Opération le 22 février 1892. — Laparotomie. Incision parallèle

aux côtes de quinze centimètres. Le péritoine incisé, je tombe sur des *adhérences* très serrées de l'épiploon avec le péritoine pariétal et les intestins. Décollement de ces adhérences avec la plus grande prudence. Elles sont très vasculaires, et force m'est de lier un certain nombre de vaisseaux avant d'aller plus loin. J'arrive enfin sur le foie. Il a un aspect bleuâtre tout particulier. Je recherche ensuite la vésicule, mais, en dépit de toutes ces investigations, *je ne la découvre pas*. Le foie est pourtant bien à nu, le sillon bien visible. *Pas trace de vésicule ni de calculs*. Je referme l'abdomen et applique un pansement iodoformé.

Suites immédiates. — Bénignes au point de vue opératoire.

Suites éloignées. — Au point de vue curatif, l'effet fut absolument *nul*. La malade reste dans l'état dans lequel elle se trouvait à son entrée et quitta l'hôpital un mois après.

Réflexions. — Tous les médecins consultés en étaient arrivés à conclure à l'existence de calculs. Moi-même, en présence de la longue durée de l'affection, de l'état général très satisfaisant, de l'absence d'ascite et d'autres signes indiquant une maladie du foie, j'en étais arrivé à opiner dans le sens de mes collègues. Or, l'opération démontra non seulement qu'il n'y avait pas de calculs, mais que la vésicule elle-même faisait complètement défaut. La malade guérit de cette intervention, mais j'avoue que je l'avais, somme toute, exposée à un danger réel.

OBSERVATION XXIV (résumée). — 1892. GERSUNY et A. FRAENKEL

Péricystite fibreuse. — Laparotomie. — Destruction d'adhérences périvésiculaires.

Zür chirurgie des Gallensystems. Centralblatt f. chirurgie, n° 35, 1892 (1)

H....

Antécédents. — Depuis six ans, souffre de *crises* de coliques simulant dans leur apparition intermittente et leur manière d'être les vraies coliques produites par les calculs biliaires, et pour lesquelles le malade avait déjà suivi à plusieurs reprises et sans résultat le traitement de Carlsbad. A cette véritable crise de coliques par calculs biliaires manquait seulement la rétention de bile dans la vésicale sous forme d'une tumeur appréciable dans la région du foie. Une teinte *ictérique* variable, mais jamais très prononcée, une légère tuméfaction sous le rebord costal étaient tout ce qu'on pouvait trouver d'appréciable chez notre malade.

(1) Traduction personnelle.

La crise commençait avec une apparence stomacale, douleurs dans la région de l'estomac. Plus tard seulement, la région hépatique fut douloureuse. La crise durait deux à trois heures, ne revenant qu'à de longs intervalles, pour se prolonger à la fin pendant douze, quatorze heures, et ne plus laisser que de rares intervalles de repos.

L'intensité et la durée extraordinaire des crises parurent une indication opératoire suffisante, ainsi que le résultat inefficace de leur cure, bien que le manque de signes précis donnât à l'intervention le caractère d'une opération exploratrice.

Diagnostic. — Coliques hépatiques.

Opération le 1892, par GERSUNY, assisté de A. FRAENKEL. — Il fut impossible de remarquer quelque chose de semblable à un calcul enclavé dans les canaux excréteurs, *aucune apparence de calcul*. Un *cordon épiploïque* apparut, se continuant avec un cordon pas très résistant qui occupait la place de la vésicule biliaire. *Destruction des adhérences.*

Suites immédiates. — La suite de l'intervention fut un heureux apaisement. Depuis, le malade n'a plus de douleurs.

Suites éloignées. — L'opéré a repris ses occupations depuis déjà cinq mois et est en pleine santé.

OBSERVATION XXV (résumée). — 1892. GERSUNY et A. FRAENKEL

*Péricystite fibreuse. — Laparotomie. — Destruction des adhérences
périvésiculaires*

Zür chirurgie des Gallensystems. Centralblatt f. chirurgie, n° 35, 1892 (1)

H..., souffrant depuis plusieurs années.

Antécédents. — Le malade souffre de *crises* de coliques simulant dans leur apparition intermittente les vraies coliques produites par les calculs biliaires. Une teinte ictérique variable, mais jamais très prononcée, une légère tuméfaction sous le rebord costal étaient ce qu'on pouvait trouver d'appréciable chez ce malade. Les crises se montrèrent dès le début de la maladie avec une durée de douze à quatorze jours. Le malade dit avoir remarqué dans ses selles une *poussière noirâtre*, qui a été prise, par le médecin consulté, pour un calcul.

Diagnostic. — Coliques hépatiques.

Opération le 1892, par GERNUSY, assisté de A. FRAENKEL.

(1) Traduction personnelle.

Comme dans le cas précédent, il ne fut pas possible de remarquer quelque chose de semblable à un calcul. On trouva une vésicule mince, transparente, pas très volumineuse, mais à la face inférieure de laquelle se trouvait une *adhérence épiploïque*, suffisamment large, qui enserrait dans un lien étroit le milieu de la face postérieure du foie. Vers le haut, cette adhérence se prolongeait en fausse membrane mince.

On put se borner, en présence de cette constatation, à la séparation de ces adhérences et au dégagement de la fausse membrane. L'opération fut complétée par la suture à la soie de la surface cruentée de l'épiploon adhérent.

Suites. — Aucune douleur depuis l'intervention.

Réflexions. — L'enseignement et l'intérêt pratique de ces deux cas résident dans la constatation d'un nouveau fait, à savoir que l'apparence de la cholélithiase peut être engendrée par des produits inflammatoires qui peuvent, il est vrai, avoir leur raison d'être dans l'existence d'une affection calculeuse de la vésicule, mais qui aussi peuvent avoir leur étiologie dans des *processus inflammatoires périvésiculaires*. En pareil cas, tous les signes palpables de rétention biliaire n'existant pas, l'opération est néanmoins indiquée; elle consistera à *rompre ces adhérences*, qui font croire à une colique lithiasique. Il résulte, par conséquent, de cette remarque, un encouragement, en cas d'affections douloureuses qui concernent les voies biliaires, à entreprendre une opération exploratrice sans diagnostic certain.

Il résulte encore de ce fait qu'il est important de libérer la vésicule.

VON HACKER a, depuis longtemps, fait des constatations du même ordre pour la chirurgie stomacale.

OBSERVATION XXVI. — 1893. KNAGGS, S.

Adhérences intestino-hépatiques. — Laparotomie. — Destruction des adhérences

A Serious case of complicated Gallbladder derangement illustrating the benefits of operative interference. In the Lancet, London, 1894, i, mai 12, 1184-1185 (1).

H..., 57 ans.

Antécédents. — Le malade souffre dans la région hépatique depuis douze ans. Vomissements. Ictère et récemment phénomènes inflammatoires, accidents peritonitiques localisés. Traitement médical sans grand résultat.

Diagnostic? — Il s'agit probablement d'un rétrécissement calculeux.

(1) Observation due à l'obligeance de M. MARCEL BAUDOIN.

Longuet. — 16.

Opération le 23 août 1893.

Laparotomie latérale droite, sur le côté du muscle droit. Adhérences de l'intestin au foie. Vésicule biliaire rétractée. On ne trouve pas de calculs. Tamponnement à la gaze iodoformée, après destruction des adhérences sans ouverture de la vésicule.

Suites. — Guérison. Le malade, revu en mars 1894, allait bien.

OBSERVATION XXVII. — 1894. LENDLER

Adhérences périvésiculaires. — Laparotomie. — Destruction des adhérences. Guérison.

Zür pathologie und chirurgie der gallenblase und der Leber. Deutsche Zeitschrift of chirurgie, 1895 (1).

H..., 35 ans, entre le 30 avril 1894.

Antécédents. — Père mort de cancer de l'estomac. Le malade dit avoir été bien portant jusqu'en l'année 1885, époque à laquelle il souffrit de l'estomac, de manque d'appétit, cela pendant huit mois. Pas de douleurs méritant d'être signalées, mais, pendant cette affection, il eut de l'ictère pendant quelques jours. Plus tard, influenza et rhumatisme musculaire. Sa maladie actuelle commença le 1^{er} février 1894; il ressentit d'abord, à la suite d'une marche forcée, de violentes douleurs dans le côté droit, qui persistèrent depuis ce temps et ne s'améliorèrent pas par le repos. Celles-ci n'ont jamais eu le caractère de crampes, mais exagérées, par chaque travail du corps, au point que le malade déclare être dans l'incapacité de travailler. Il redevint jaune en février; les matières fécales conservèrent toujours l'aspect normal; l'appétit fut bon pendant ces derniers temps.

Examen à l'entrée. — Homme bien bâti, gros, puissant, poulx 56 plein et fort, température normale. Pannicule très développé. Peau et sclérotique non ictériques. Rien de particulier au cœur ni aux poumons. Sur la ligne mamelonnaire droite, le bord inférieur du poumon descend au niveau du sixième au septième espace intercostal; le bord inférieur du foie suit à un travers de doigt le rebord costal. Sur la ligne parasternale, la circonférence du foie est palpable à deux travers de doigt au-dessous du rebord costal.

Rien de particulier à signaler pour le foie. Dans l'hypocondre droit, environ au niveau de l'horizontale passant par l'ombilic et correspondant à la prolongation par en bas de la ligne parasternale, se trouve une surface d'environ quatre ou cinq centimètres de diamètre qui offre

(1) Traduction personnelle.

à la palpation une résistance quelque peu élastique, ne se laissant pas presser en avant et ne disparaissant pas par les changements de position du corps. Cette surface n'est pas très-sensible à la pression; c'est de là cependant que semblent partir les douleurs. L'estomac clapote manifestement à la palpation. La rate est normale. Pas de constipation, selles brunes, urine normale.

Diagnostic. — Un diagnostic exact ne pouvait être porté ici. Une affection de la vésicule biliaire n'était guère à mettre en ligne de compte; il n'y avait guère à penser qu'à des *adhérences péritonéales serrées* pour expliquer cette affection et à proposer au malade une laparotomie, qu'il accepta bien volontiers.

Opération le 3 mai 1894. — Après les préparatifs ordinaires, aseptie, bonne chloroformisation, etc., une longue incision fut conduite à travers le muscle droit au niveau du point saillant de la voussure, et la cavité abdominale fut ouverte sur une longueur de douze centimètres. On vit alors le bord inférieur du foie et des *adhérences intimes*, molles, reliaient la vésicule biliaire suffisamment épaissie au foie. Dans celle-ci, on ne perçut *aucun calcul*, pas plus, d'ailleurs, que dans les voies biliaires.

Le côlon transverse est relié au bord inférieur du foie par de *larges adhérences* de moyenne résistance, relié à la vésicule ainsi qu'aux anses intestinales voisines. Ces adhérences furent séparées, tantôt par l'instrument moussé, tantôt par des doubles sutures. La libération de la vésicule d'avec le foie fut obtenue, mais la vésicule fut laissée intacte.

Fermeture rapide de la cavité abdominale par une suture à étage.

Suites immédiates. — Furent heureuses. Au début, la température se maintint pendant trois jours aux environs de 38° le soir, puis, de là, ne dépassa plus 37°4. Le jour même de l'opération, il y eut issue de gaz, puis le malade se plaignit de flatulence, qui disparut à la suite d'un lavement glyciné. Le cinquième jour, selles à la suite d'une purgation à l'huile de ricin. Réunion per primam de la plaie le douzième jour, jour où le malade quitta le lit; ses douleurs avaient disparu.

Suites éloignées. — Le malade se trouve bien portant et a repris pendant de longues journées son travail de paveur.

OBSERVATION XXVIII. — 1878. KEEN

Cholécystite avec énorme distension vésiculaire. — Cholécystostomie. — Mort
American journal medical Sciences. Janvier-avril 1879 (1)

Femme, 60 ans, mariée, ayant eu six enfants, entre le 16 octobre 1878 à l'hôpital Sainte-Marie, dans le service du Dr SIMPSON.

(1) Observation traduite par mon ami MONTAIS.

Antécédents. — Malade seulement depuis six mois, elle ressentit alors une *douleur* sourde dans le dos, puis entre les épaules, enfin dans l'hypocondre gauche. Au bout de deux mois, des douleurs très aiguës se déclarèrent dans l'hypocondre droit. Anorexie, vomissements, constipation. Enfin *ictère*. Vomissements incessants pendant 6 ou 7 semaines. Accentuation de l'ictère. Les selles restèrent colorées et les urines foncées.

Examen à l'entrée. — *Ictère* intense, coloration presque acajou, mine fatiguée et abattue. *Douleurs* dans l'hypocondre droit, s'étendant parfois dans l'hypocondre gauche et le dos. Vomissements continuels. Selles *argileuses*. Urines foncées. Démangeaisons mais pas d'insomnie. Elle voit tout en vert. Rate légèrement augmentée de volume et abaissée. Dans l'abdomen, du côté droit, masse lisse et fluctuante, globuleuse descendant à peu près jusqu'à un pouce et demi au-dessus d'une ligne transversale passant par la crête iliaque. Cette tumeur augmente de volume les jours suivants. Une *ponction* aspiratrice avec aiguille capillaire ramène du liquide noirâtre qui, examiné chimiquement, démontre qu'il s'agit de bile. Vives douleurs consécutives. Sur la demande de SIMPSON, KEEN examina la malade au point de vue chirurgical. On fit une ponction aspiratrice et on évita toute manipulation consécutive dans la crainte de faire écouler du liquide dans le péritoine. Fièvre, douleur, météorisme consécutifs. On examina soigneusement la vésicule au point de vue des calculs, mais en vain. La tumeur continua à augmenter, remplit complètement la moitié droite du ventre, elle est globuleuse.

Diagnostic ? Obstruction du canal cystique.

Opération le 4 novembre 1878. — Cholécystostomie. Après les précautions antiseptiques habituelles, incision longue de trois pouces, parallèle à la ligne blanche, passant au niveau du point le plus saillant de la tumeur. Avant d'inciser le péritoine, on pratique l'hémostase au moyen de ligatures et de quatre pinces à forcipressure. Après l'ouverture du péritoine, on aperçoit le bord inférieur du foie saillant de près d'un pouce, on le récline avec un écarteur et la tumeur se présente comme une masse sphérique. Avec le doigt, je la suivis jusqu'à la face inférieure du foie.

Cette grande masse avait plus exactement une forme cylindroïde. Je ne sentis pas le cholédoque. On rencontra deux points d'*adhérences* de la partie inférieure de la tumeur avec l'épiploon, tous deux récents et sans importance. A aucun moment, on ne vit dans la plaie l'épiploon ni l'intestin. *Ponction* ; on retire un liquide brun foncé. Comme l'écoulement s'arrêtait vite, on fit une incision à la tumeur et avec une grande cuillère pour évacuer le contenu. La paroi du kyste était très vasculaire et saignante. La paroi vésiculaire était modérément épaissie. J'introduisis ensuite le doigt dans la vésicule et la trouvai remplie par une

masse donnant au toucher la sensation d'un caillot mou, récent, dans l'intérieur de l'utérus.

Aucun calcul. — Malgré une exploration attentive avec le doigt ou avec une sonde, on ne trouve rien qu'une paroi lisse sans calcul. On ne put décider si le canal cystique était perméable ou non, ni même si la sonde y avait pénétré.

Suture de la vésicule à l'incision abdominale par huit points de soie phéniquée, sutures comprenant toute l'épaisseur de la paroi jusques et y compris le péritoine. Hémorrhagie notable au niveau de l'incision vésiculaire. Compression réalisée par un point de suture. La fistule de la vésicule fut laissée ouverte. Pansement antiseptique. Durée de l'opération, 1 heure 10.

Suites immédiates. — Schock, refroidissement, chute du pouls, puis douleurs, vomissements. Hémorrhagie de la plaie et se prenant en caillots. Glace qui permet d'arrêter l'écoulement. L'ouverture de la vésicule était oblitérée par un caillot sanguin. Vomissements, collapsus et mort au bout de 36 heures.

Autopsie. — Pas de péritonite, foie légèrement volumineux, désagrégation du parenchyme hépatique, dilatation des canaux hépatiques, vésicule encore extrêmement distendue. Le cystique n'est pas dilaté.

Réflexions. — Il y avait certainement une obstruction mécanique du cholédoque. L'ictère chronique, la décoloration des selles, les vomissements, les démangeaisons, la distension de la vésicule observés pendant la vie et après la mort, la distension des canaux hépatiques le prouvent. Par malheur, un examen du cholédoque fut impossible à l'autopsie par suite d'un accident, ce qui nous laisse dans le doute sur la cause de l'obstruction, soit calcul enclavé, soit épaissement inflammatoire. De l'absence de toute histoire de colique hépatique et de l'établissement graduel de l'affection, il paraît tout à fait vraisemblable qu'il ne s'agit pas de calcul biliaire. On ne découvrit aucune tumeur ayant pu amener l'obstruction par compression.

OBSERVATION XXIX — 1883, KEEN et MUSSER

Angiocholécystite suppurée avec distension vésiculaire. — Cholécyستomie de Sims. — Mort (1)

H..., 31 ans.

Antécédents. — En octobre 1882, catarrhe gastro-intestinal aigu avec douleurs abdominales et épigastriques suivies de jaunisse. Depuis distension et douleurs dans le haut de l'abdomen,

En avril 1883, ictère intense avec démangeaisons.

(1) Observation traduite in Revue de chirurgie, 1885, p. 494.

Examen à l'entrée. — Le foie va du cinquième espace intercostal à un centimètre et demi au-dessous des côtes. Acides et pigment biliaire en abondance. *Douleurs* plus aiguës. Pouls et température s'élèvent ; sensibilité extrême de l'épigastre. *Tumeur* arrondie, molle à droite et au-dessus de l'ombilic. Matité mamelonnaire de 14 centimètres, le bord inférieur descend jusqu' à 4 centimètres de l'épine iliaque et remonte vers l'appendice xyphoïde. Du milieu de ce bord se détache une tumeur allant vers l'ombilic, d'un diamètre de 6 centimètres, ronde, molle, élastique, légèrement douloureuse. Une ponction capillaire donne issue à une once de liquide visqueux. A l'examen chimique, on n'y trouve point d'élément biliaire ni d'hydatide.

Diagnostic. — Distension de la vésicule.

Opération le 19 juin 1883. Cholécystostomie.— Incision de 12 centimètres à égale distance de l'ombilic et des côtes, parallèle à celles-ci, partant en dehors du muscle droit. Peu de sang, ligature de deux vaisseaux de la paroi. Grande difficulté à contenir l'intestin ; dès qu'il est écarté, on tombe sur la vésicule que l'on *ponctionne*, il s'en écoule 20 onces du même liquide. L'ouverture est alors élargie ; introduction de deux doigts, issue de pus mêlé de bile. *Pas trace de calculs.* Un stylet de Nélaton et une tenette pénètrent de 17 centimètres et se meuvent librement dans une large cavité, la main est introduite dans l'abdomen pour guider le stylet, mais ne peut découvrir l'entrée du canal cystique. La vésicule, une fois vidée, est maintenue par un fil à ligature passé dans les lèvres de l'ouverture. Douze points de suture, dont six destinés à fixer les lèvres de la plaie à celles de la paroi.

Suites immédiates. — Léger écoulement sanguin par les points de suture. Collapsus ; mort le septième jour.

Autopsie. — Adhérence parfaite de la vésicule à la paroi. Foie une fois et demie plus gros qu'à l'état normal, de couleur vert-bouteille. Vésicule de la grosseur du poing, à parois épaisses ; muqueuse enflammée ; conduit cystique dilaté ; à sa jonction à la vésicule, repli valvulaire de la muqueuse bouchant l'orifice d'entrée. Canal commun dilaté. Parois épaisses imperméables au stylet et au liquide. A son embouchure dans le duodénum, petite saillie mamelonnée du volume d'un pois.

Angiocholite. Kystes biliaires. Tissu hépatique ramolli. Dilatation du canal pancréatique, qui est du volume du pouce. Muqueuse du duodénum enflammée, épaissie.

Réflexions. — A ce propos, ces auteurs relatent deux cas de MORAND traités par l'ouverture de l'abdomen. Cet auteur conseille d'inciser la paroi et d'abandonner l'évacuation de la tumeur à la nature, en l'aidant simplement par des cataplasmes. (Observations sur les tumeurs de la vésicule biliaire. Mémoire de l'Académie royale de chirurgie. Paris, 1758.)

OBSERVATION XXX. — 1884. TAYLOR

*Cholécystite purulente. — Cholécystostomie de Sims. — Guérison
avec fistule permanente*

British med. Journal 1885 (1)

Femme, 43 ans, de mauvaise mine, maigre, pâle et semblant rongée de soucis, fut envoyée à l'hôpital.

Antécédents. — Souffre d'une *tumeur* du côté droit qu'elle a remarqué depuis neuf semaines environ. Cette tumeur était souple au toucher et la malade accusait une sensation de pesanteur et de traction plus spécialement quand elle était couchée sur le côté gauche. Depuis douze mois elle souffrait d'une gêne dans l'abdomen avec des attaques spasmodiques d'indigestion. Douleurs dans le dos au niveau de la jonction de la colonne lombaire et de la colonne dorsale. L'amaigrissement survint peu à peu; la malade avait eu 9 enfants et la menstruation avait déjà cessé depuis près de deux ans.

Examen à l'entrée. — On trouva à droite de l'ombilic une *tumeur* dure, arrondie, très mobile. On ne put déterminer aucune connexion de la tumeur avec le foie ou le rein. Sonorité à la percussion, tout autour et même sur la tumeur elle-même. On n'y peut trouver aucune fluctuation. Les viscères n'avaient rien de particulier; l'urine était normale, l'appétit excellent, le sommeil très troublé par des indigestions et des tiraillements déjà mentionnés. Elle ne fit aucun récit de jaunisse.

Diagnostic. — Je pensai que la tumeur était solide et portait le diagnostic de tumeur solide (probablement cancéreuse) ou d'une petite tumeur hydatique dans laquelle aucun liquide ne s'était encore formé.

Opération, le 5 septembre 1884, cholécystostomie de Sims. J'ouvris le ventre sur la ligne *médiane* jusque très près de l'ombilic et trouvai alors seulement que la tumeur était une vésicule biliaire distendue. Ayant placé autour de petites éponges pour tenir à l'écart les intestins et absorber le contenu qui aurait pu s'échapper, je *ponctionnai* le kyste avec un trocart courbe et une canule, évacuant environ huit onces de liquide muco-purulent clair. On en recueillit et mesure 7 onces. J'élargis l'ouverture de la vésicule pour permettre le passage d'un doigt et trouvai sa paroi muqueuse épaissie et inégale, donnant au doigt une sensation exactement semblable à celle qu'on perçoit quand on examine avec le doigt avec la vessie dans les cas de cystite chronique. Je ne pus trouver *aucun calcul biliaire*. Le Dr SAVAGE, qui était présent, eut la bienveillance de contrôler mon examen. Je suturai les bords de l'ouverture vésiculaire aux bords de l'incision de la paroi abdominale par

(1) Observation traduite par mon ami MONTAIS.

des sutures suivant la méthode ordinaire, introduisant dans la vésicule un court tube à drainage en verre.

Suites immédiates. — La malade revint parfaitement à elle après l'opération et sans incident. La température ne s'élève jamais au-dessus de la normale, ni le pouls au-dessus de 86. Il y eut un écoulement sanguinolent considérable par le tube à drainage pendant les deux ou trois premiers jours, comme il est habituel dans ces cas, et le second jour un peu de ballonnement gazeux.

Suites éloignées. — La malade quitta l'hôpital quatre semaines après son entrée, absolument débarrassée de toute douleur et de toute gêne, très satisfaite du résultat de l'opération, mais avec une *fistule* de la vésicule biliaire qui donnait encore un peu de liquide muco-purulent. Aucun écoulement de bile n'était venu de la vésicule depuis l'opération.

Réflexions. — J'ai pensé en n'arrivant pas à découvrir de calcul que le genre de cholécystite qui existait évidemment devait être plutôt une cause qu'une conséquence d'obstruction et qu'avec le repos de la muqueuse enflammée, assurée par un large drainage du contenu de la vésicule, l'augmentation du volume cesserait, le canal cystique redevenant perméable et la plaie apparaissant par la plaie extérieure.

OBSERVATION XXXI. — 1884. LANDERER

Cholécystite supprimée. — Pus et sable biliaire. — Cholécystostomie en deux temps avec la modification de LANDERER. — Guérison avec fistule biliaire.

Munch Med. Wochens. 1886, n° 17 (1).

F..., 35 ans, cordonnière.

Antécédents. — Jusqu'ici parfaitement portante ; dix couches. Depuis trois ans paramétrite qui guérit par ouverture dans le vagin. Depuis Pâques 1884, la malade souffre de violentes *douleurs* dans le corps. Par suite de l'esprit suffisamment borné de la malade, on ne peut savoir si ces douleurs sont de la nature des coliques. Jamais d'ictère. *Jamais* non plus elle ne remarque l'*évacuation d'un calcul*. Les douleurs avaient un caractère intermittent, une aggravation survenait tous les huit ou dix jours. Cependant dans l'intervalle il persistait aussi quelques douleurs, il subsistait continuellement une sensibilité dans la région hépatique. Celle-ci survenait à chaque pression et prenait alors un tel degré d'élanement que la malade dût abandonner son travail et c'est seulement dans le repos au lit que les troubles devenaient supportables. C'est pourquoi elle était préparée à une opération, d'autant plus qu'on lui

(1) Traduction personnelle.

promettait que cela serait sans danger et qu'une issue funeste paraissait imminente.

Examen à l'entrée. — Femme bien bâtie, cependant épuisée par ses nombreuses couches, et anémique. Pouls, température, respiration normaux. Thorax faible. Cœur normal. Au-dessous du diaphragme et du foie, on rencontre un énorme ventre pendant, coïncidant avec un extrême amincissement de la paroi abdominale. Y eut-il diastase des muscles droits ou bien raréfaction musculaire, on ne peut le dire. La paroi abdominale donnait la sensation d'être réduite à la peau et à la séreuse.

Dans les parties supérieures de la région abdominale droite, s'étendant jusqu'à l'ombilic, il existait une *tumeur* piriforme dure, légèrement dure, légèrement bosselée, des dimensions d'une tête d'enfant environ. On ne pouvait la suivre vers le bord inférieur du foie, ni par la palpation, ni par la percussion; elle paraissait liée au foie et suivait la respiration. Contre la paroi abdominale et sur une zone restreinte, elle était bien limitée. Au-dessus de la partie inférieure de la tumeur, il y avait de la sonorité intestinale. La fluctuation n'était pas nette.

L'impression immédiate est qu'il s'agit de la vésicule biliaire épaissie, allongée et enflammée. L'idée d'un prolongement hépatique paraissait peu probable; cependant il manquait quelques données dans les commémoratifs; d'ailleurs la tuméfaction qui était bien circonscrite sous la paroi abdominale était trop grosse et trop sphérique pour être considérée comme un lobe supplémentaire. Un rein mobile était aussi peu probable. Jamais il n'y avait eu de troubles urinaires. La tumeur était trop périphérique pour être un abcès du foie.

Diagnostic probable. — Empyème.

Opération le 15 novembre 1884.

J'aurais fait volontiers la cholécystectomie à l'exemple de LANGENBUCH. Incision de 8 centimètres de long, parallèle à la ligne blanche. La cavité péritonéale fut ouverte au niveau du bord saillant droit. Le doigt explorateur tomba aussitôt sur la tuméfaction. Devant elle, il y avait toute une série d'adhérences longues de quelques centimètres, faciles à rompre, et reliant la tumeur à la paroi abdominale. Il y avait une disposition en forme de rayon de miel, cependant le restant de la cavité péritonéale était mal fermée sur la circonférence inférieure de la tumeur, le côlon transverse se montre très adhérent.

Le doigt introduit en crochet autour de celui-ci sentait la face inférieure de la tumeur dure et quelque peu bosselée, absolument adhérente à la circonférence inférieure du foie. A la section, on ne trouva plus rien de semblable à la vésicule biliaire. La consistance et la couleur étaient celles d'un myome utérin. Je persistai, d'après la situation anatomique, à croire qu'il s'agissait de la vésicule ectasiée, sous-jacente aux tissus du foie et de l'intestin. Pour assurer ce diagnostic, on fit une *ponction* avec la seringue de Pravaz. La première ne donna rien, la

seconde, après avoir traversé des parties épaisses et après avoir pénétré en profondeur de trois centimètres, ramena du pus épais et du mucus. Donc le diagnostic était évident, il s'agissait d'une vésicule biliaire purulente recouverte par le foie et le côlon. Il fallait renoncer à l'extirpation de la vésicule. Les *adhérences* extrêmement épaisses principalement avec le côlon eussent rendu cette opération dangereuse. La face inférieure était fusionnée avec le mésocôlon, ainsi que le démontra l'exploration. Cette extirpation n'eût pas été possible sans séparer le côlon de son méso sur une surface d'au moins 10 centimètres, ce qui est, comme le démontrent les opérations sur l'estomac, suivi de gangrène. En admettant qu'on triomphe de cette difficulté, il faudrait encore séparer la vésicule de son lit hépatique. Je me décidai alors à la *cholécystotomie*. Je ne craignais pas l'hémorrhagie hépatique. Expérimentalement, j'ai vu de ces puissantes hémorrhagies de l'organe hépatique, mais elles cédaient à la compression. Je voulais éviter la moindre perte de sang dans la cavité péritonéale chez ma malade.

L'incision abdominale était trop petite et trop haut située pour faire une toilette péritonéale complète. La vésicule biliaire ne se présentait pas dans le champ opératoire et n'affleurait pas le bord antérieur du foie. Elle était recouverte par le foie. Il n'y avait pas à craindre la rupture de pus dans la cavité péritonéale. Je *suturai le foie* par cinq sutures à la paroi. Puis le foie, l'intestin furent lavés au sublimé faible, l'incision bourrée de gaze iodoformée. Les adhérences ne tardèrent pas à s'établir. Les sutures hépatiques furent exsangues; cependant je fis de la compression. Entre les sutures persistait une surface d'environ une pièce de 5 marks pour y faire une incision ultérieure. Réaction nulle. La plus haute température 37°4. Pouls 76. Dès le soir, la malade rendit des gaz, accusa du bien-être.

Le 21 novembre, sixième jour, je *ponctionnai* à cet endroit avec un fort trocart dans une profondeur de deux centimètres et demi de tissu hépatique afin d'atteindre la paroi vésiculaire. Drainage. Il s'écoula du pus épais. Le drainage fonctionnant mal, je dus, le 23 novembre, agrandir l'ouverture au Paquelin, ce qui se fit sans douleur et sans chloroforme. Je pus ainsi explorer la cavité avec le petit doigt. La paroi était épaisse avec diverticules comme dans une vessie à colonnes. Lavages de la vésicule; on n'observe pas le moindre calcul ni par le doigt ni au cathéter, conduit aussi loin que possible dans le cystique. Puis teinture d'iode dans la vésicule.

Suites immédiates. — La vésicule diminua de volume les jours suivants; le drain fut supprimé fin novembre. La sécrétion se réduisit à quelques gouttes.

Suites éloignées. — Indolence absolue; la malade reprend son travail. La fistule est tantôt ouverte, tantôt fermée. Il se forma une nouvelle *fistule*, que je traitai à la teinture d'iode et qui est maintenant tarie. La sécrétion est insignifiante.

OBSERVATION XXXII. 1886. — LANGENBUCH.

*Symptômes d'occlusion du cholédoque. — Pus dans la vésicule. — Cholécy-
stomie en deux temps. — Guérison avec fistule.*

Verhandlung der Berliner med. Gesellschaft, 1887, p. 10 et 11,
et Berlin. Klinisch. Wochenschrift, 1887, p. 119 (1).

Femme.

Antécédents. — Coliques hépatiques qui évoluaient déjà depuis 1882 avec interruptions consécutives et finalement se terminèrent par une obstruction du cholédoque avec ictère chronique et toutes ses conséquences. La malade, énormément affaiblie, se remit aux soins de mon collègue KORTE et celui-ci me pria de la voir avec lui.

Examen à l'entrée. — Nous l'examinâmes attentivement et nous fûmes d'accord qu'il s'agissait bien d'un calcul enclavé dans le cholédoque, qui mettait obstacle à l'écoulement de la bile et qui pouvait varier dans sa situation. Nous décidâmes alors de faire une *incision exploratrice* et, suivant l'état de choses découvert, de remettre à plus tard une autre intervention.

Diagnostic. — Calcul du cholédoque.

Opération. Novembre 1895. — Je fis une incision et je pus constater que la vésicule biliaire était de tous côtés si *adhérente* qu'il n'était pas possible de pénétrer avec le doigt jusqu'au cholédoque pour l'exploration afin de reconnaître s'il y avait ou non un calcul. Je me décidai alors sur le champ, dans le but d'être utile à la malade, à faire une cholécystotomie et suturai à la paroi la vésicule au niveau de l'ouverture abdominale et laissai les choses en place.

Le sixième jour, j'ouvris cette vésicule et il ne s'écoula qu'un liquide purulent trouble. J'avais omis de mentionner que la malade avait aussi une fièvre élevée qui ne disparut pas immédiatement après l'opération, ce dont nous ne nous rendions pas compte. Dès lors la bile s'écoula librement.

Suites immédiates. — De jour en jour la patiente se rétablit. Au bout de deux ou trois semaines environ, l'écoulement biliaire sesupprima subitement à ma grande joie et la bile parcourut maintenant l'intestin. Les selles, jusque-là décolorées, redevinrent brunes. Les détécations, qui étaient jusque-là très pénibles, devinrent réglées. La fistule se ferma jusqu'à devenir un conduit capillaire d'où s'écoule parfois un liquide d'apparence biliaire. Nous avons la joie d'avoir obtenu de notre intervention tout ce que nous pouvions souhaiter.

(1) Traduction personnelle.

Suites éloignées. — La malade est extraordinairement bien remise et a augmenté de neuf livres; il n'y a plus qu'une petite *fistule* capillaire à bords calleux de laquelle s'écoule, de temps en temps, la nuit, probablement à cause de la situation déclive dans le lit, un liquide semblable à de la bile. Je ne crois pas que cette fistule soit en quoi que ce soit dangereuse, elle disparaîtra d'elle-même. Il est peu probable que la gêne sera jamais plus grande que maintenant et j'espère que si besoin est de la refermer, elle ne présentera aucune difficulté opératoire.

OBSERVATION XXXIII. — 1886. LANGENBUCH

Symptômes d'occlusion du cholédoque. — *Empyème de la vésicule.*
Cholécystostomie en deux temps. — *Guérison avec fistule*

Verhandlung der Berliner med. Gesellschaft, 1887, p. 10 et 11, et Berlin.
Wochenschrift, 1883, p. 119, (1).

Femme entrée à la maison de santé de Westphall.

Antécédents. — La malade souffre depuis de longues années d'une sorte de *colique* hépatique se terminant par obstruction du cholédoque.

Examen à l'entrée. — Ictère très marqué, fièvre et douleurs.

Diagnostic. — Occlusion du cholédoque.

Opération. — Décembre 1886. — Influencé par le cas précédent, je fis chez elle la même opération.

Suites. — Au douzième jour, la circulation de la bile s'était rétablie dans l'intestin au point que la fistule put se guérir complètement en quelques jours.

Réflexions. — Ici donc encore le résultat est pleinement concluant, résultat qui, comme le précédent, indique qu'on peut obtenir un résultat inespéré.

OBSERVATION XXXIV (résumée). — 1887. LUCKE.

Cholécystite suppurée. — *Cholécystostomie en deux temps.* — *Guérison.*

Ueber die cholecystitis suppurativa und ihre chirurgische behandlung par
Erwin Reipschlaerger — Dissert. inaugurale. Strasbourg, 1887 (2).

Femme 32 ans.

Examen à l'entrée. — Malade suffisamment résistante, de petite taille. Pas trace d'ictère, ni sur la peau, ni sur les conjonctives. Paroi

(1) Traduction personnelle.

(2) Traduction personnelle.

abdominale flasque, écartement des droits de l'abdomen. Au côté droit de l'abdomen, il existe une rénitence et une saillie de l'abdomen. Cette *tumeur* est dure, très volumineuse, très sensible à la pression, paraît située superficiellement.

La tuméfaction dépasse à gauche l'ombilic de quelques doigts, à droite elle se prolonge sur la ligne mamelonnaire. Elle est large de deux doigts dans les environs de l'ombilic, d'ailleurs peu appréciable, se continue avec le foie.

Diagnostic. — Affection biliaire.

Opération le 22 janvier 1887.

Incision sur le côté *droit* du muscle droit, longue de 9 à 10 centimètres, descendant à un centimètre et demi au-dessus de l'ombilic. Après que l'incision cutanée, musculaire, et celle du fascia transverse furent faites, le doigt explorateur put sentir à travers le péritoine une masse bosselée sous-jacente qui se présentait comme un épaississement du bord inférieur du foie, bord qui adhérerait solidement avec une énorme et épaisse paroi appartenant à la vésicule biliaire. On trouva un lobe accessoire vers la gauche du bord hépatique. Alors le péritoine fut ouvert à la sonde cannelée et aux ciseaux, puis suturé aux bords de la plaie abdominale. Hémostase soignée. La tumeur était en totalité recouverte par les parties profondes du foie. Aussi l'incision, n'étant pas suffisante, dut-elle être prolongée par le milieu afin d'extraire la tumeur de la plaie abdominale et de la circonscrire; à cette fin, la partie droite du droit dut être incisée. Pendant que l'épiploon prolaba par la plaie était réduit, on parvint non sans difficulté à circonscrire la vésicule dans ce qui restait de l'incision, puis à la fixer à l'aide de fils de soie disposés circulairement dans l'angle médian de la plaie. Sutures par points comprenant la séreuse et la musculuse de la vésicule et la réunissant au feuillet pariétal du péritoine. Il n'y eut aucune rupture de la paroi vésiculaire ni infiltration. Lorsque la vésicule fut fixée, le reste de l'incision abdominale fut suturé. La peau fut seulement retroussée au niveau de l'angle médian de la plaie et suturée au fascia. La région conservée pour la fistule fut couverte d'iodoforme, puis le tout fut recouvert avec un pansement antiseptique, dans le but d'ouvrir seulement la vésicule plus tard, les adhérences péritonéales une fois établies. Deux vomissements pendant la narcose. Les matières vomies contenaient de la bile. Vers la fin de l'opération, le pouls faiblit et un collapsus inquiétant survint. A cet effet, il fut fait une injection de camphre. La malade se réveillait; la durée de l'opération avait été environ de une heure.

Pendant les trois jours suivants, la malade se trouva bien. Température normale se maintenant seulement au voisinage de 37°8. Respiration 18.

25 janvier 1887. — Après trois jours, ouverture sans chloroforme de

la vésicule fixée. La région, déjà recouverte de fibrine et de granulations, fut incisée; du pus et du mucus s'échappèrent par une petite ouverture. La première quantité de liquide évacué fut environ de 800 grammes de pus, d'odeur fade. *Ni calcul biliaire ni concrétion biliaire* ne furent retrouvés dans ce liquide. Il s'écoula encore environ 300 grammes de liquide formé de mucus mélangé à du sang. Lavage de la vésicule au sublimé faible; drainage, pansement antiseptique. Cette petite opération dura une heure environ.

Suites immédiates. — Amélioration. Ecoulement abondant par la fistule. Aucun calcul dans les excréments. La vésicule reprend peu à peu son volume.

Suites éloignées. — Guérison complète de la plaie et de la fistule.

OBSERVATION XXXV (résumée). — 1887. RIEDEL

Empyème. — Cholécystostomie en deux temps. — Guérison.

Berlin. Klinisch Wochensch, 1888 (1).

Femme, 30 ans, entrée le 3 septembre 1887.

Antécédents. — La malade s'aperçut aussitôt après l'accouchement de son plus jeune enfant (21 janvier 1886), qu'elle avait, au-dessous du lobe droit du foie, une petite *masse* résistante qui aurait été mobile.

Le médecin appelé crut à un rein mobile. Bientôt la tuméfaction était manifeste, revint apparaître à la surface. Elle était indolente. Pour la première fois, les *douleurs* apparurent six semaines plus tard et s'irradiaient jusqu'à l'omoplate. Elles durèrent avec quelques interruptions environ huit jours. Puis la malade souffrit d'une violente urticaire, à la suite de laquelle la tuméfaction avait disparu.

Pour la première fois, en mai 1887, vomissements violents de matières vertes durant deux jours et suivis de violentes douleurs dans la région hépatique. Pas d'ictère, il n'y en eut jamais non plus par la suite.

Les crises puissantes de vomissements se renouvelèrent par la suite toutes les 6 ou 8 semaines, durant environ dix jours. Depuis lors la malade se plaint de perte d'appétit, vit misérablement et épuisée, néanmoins elle ne peut se résoudre à une opération chirurgicale.

Examen à l'entrée. — On trouve à l'exploration, depuis le bord droit du foie jusqu'au voisinage de l'ombilic, long d'environ dix centimètres, haut de huit, large de quatre, un appendice qui paraît se prolonger manifestement avec le bord tranchant sous la paroi abdominale. A la percussion, le son est affaibli; il y a un son tympanique

(1) Traduction personnelle.

qui masque la matité; il en résulte que l'appendice ne paraît pas très épais : il suit les mouvements de la respiration. A la percussion, il est très sensible; cependant on ne distingue pas de tuméfaction au-dessous de lui. La patiente est tenue en observation pendant quelques jours. Température normale, urines non albumineuses, appétit faible.

Diagnostic. — Un diagnostic précis était impossible en présence de ces circonstances. Ses commémoratifs indiquent une affection douloureuse, des vomissements répétés, de l'amaigrissement, une sensibilité vive de l'hypocondre droit; tout indiquait ici que, sous ce lobe, il y avait quelque chose d'anormal. On se rattacha à l'hypothèse d'un rein mobile.

Opération le 6 septembre 1887.

L'incision exploratrice montra d'abord que l'appendice hépatique était lisse et luisant dans sa plus grande partie.

Lorsque le doigt explorateur, introduit autour du bord latéral du prolongement linguiforme, fut dirigé profondément, il tomba de chaque côté, à environ un centimètre en arrière du bord tranchant, sur une tumeur fluctuante qui ne s'étendait pas jusqu'à l'extrémité postérieure de ce prolongement, disparaissant en haut sous le foie. Au niveau de la partie médiane de l'appendice, elle adhérait à l'épiploon. Lorsque celui-ci fut disséqué, elle se présenta comme une tumeur légèrement jaunâtre, ne pouvant être autre chose, étant insinuée de chaque côté par l'appendice, que la vésicule fortement distendue. Elle fut suturée au péritoine qui tapisse la paroi abdominale, puis la plaie refermée. Suites sans réaction.

Huit jours plus tard, 15 septembre 1887, incision de la tumeur. La paroi avait un demi-centimètre d'épaisseur, cinq litres environ de pus inodore furent évacués. On ne trouva pas un seul calcul. Au moyen du doigt introduit dans la plaie, on peut établir que l'appendice hépatique, au milieu de sa longueur, était épais d'un centimètre environ, qu'il augmentait progressivement de volume par en haut pour se confondre avec la masse du foie; que des deux côtés, ainsi qu'en bas, il se réduisait progressivement jusqu'à un bord épais de deux millimètres. Sa face antérieure qui, à la première incision, avait paru tendu et luisant, semblait maintenant rugueuse et les rides s'étendaient de haut en bas, et dans le sens transversal.

Suites immédiates. — Excellentes, rétablissement rapide, la malade cessa de se plaindre. La bile évacuée d'abord en grande, puis en faible quantité.

Suites éloignées. — En mars 1888, la sécrétion devint séreuse; en avril on put supprimer le drain. Il persista cependant encore une petite fistule qui s'ouvrait de temps en temps pour laisser échapper quelques gouttes de sérosité.

Guérison spontanée de la fistule deux ans après.

La malade est florissante et robuste.

OBSERVATION XXXVI. — 1887. RIEDEL

Cholécystite séreuse ? Bile épaissie. — Pas de calcul. — Cholécystectomie en deux temps. — Guérison avec fistule. — Au bout de quelque temps récidive.

Berlin. Klin. Wochenschrift, 1888. (1).

F..., 42 ans, reçue le 28 octobre 1887.

Antécédents. — A été bien portante jusqu'à sa dernière couche, qui remonte à neuf ans. Après celle-ci, bien que l'accouchement eût été normal, l'enfant petit, les douleurs commencèrent dans le creux épigastrique, s'irradiant dans l'hypocondre droit. A la suite de cette circonstance, la malade eut une double salpingite qui se termina par un léger degré d'ovarite chronique avec troubles divers. La douleur au creux épigastrique était surtout violente pendant les mouvements, au point que pendant une demi-heure la malade ne pouvait plus marcher. Depuis trois ans environ apparurent des vomissements de matières aqueuses, consécutifs à la douleur; jamais de vomissements de matière alimentaire, cependant la malade ne pouvait prendre que des mets digestes. C'est alors que son frère, âgé de 34 ans, mourut d'un cancer de l'estomac. Aussi depuis elle vit constamment dans la crainte d'un cancer. D'autre part, elle se contraria de ce qu'une sœur de sa mère succomba manifestement à une perforation d'un calcul biliaire tombé dans la cavité péritonéale.

Jamais la malade n'eut d'ictère. Quelques accès peu caractéristiques d'inflammations de la vésicule biliaire ou de coliques hépatiques.

Examen à l'entrée. — Pendant l'exploration de la vésicule de cette femme, sur le visage de laquelle les longues douleurs avaient laissé leur trace, un appendice linguiforme du foie se présenta; par la pression sur la région lombaire ce prolongement se laisse déplacer manifestement vers la ligne médiane. A chaque contact de cet appendice, mais surtout à chaque pression, survenaient des douleurs extrêmement vives, chaque douleur s'irradiant vers le dos. Cependant, à l'intérieur de cet appendice, aucune tumeur ne se laissait sentir.

Diagnostic. — Le diagnostic était tout aussi incertain que dans l'observation précédente. La donnée de suites d'ovarite chez une patiente quelque peu hystérique était obscure. La notion que la maladie s'était déclarée immédiatement après l'accouchement n'était pas en faveur d'une affection de la vésicule biliaire. La douleur était-elle produite seulement par la pression d'un prolongement de lobe hépatique ? C'est ce que l'incision exploratrice pouvait nous révéler.

(1) Observation personnelle.

Opération le 28 octobre 1887. — L'incision exploratrice montra que le prolongement antérieur du foie était lisse et brillant, nullement adhérent. Sous sa partie médiane se trouvait la vésicule à $\frac{3}{4}$ de centimètre au-dessous du niveau de ce prolongement, de couleur blanchâtre mais molle comme une poche vidée. La face supérieure ne montra pas trace d'inflammation. La suture de la vésicule au péritoine fut facile à faire parce qu'elle se laissait étirer.

Suites immédiates. — Après une première journée orageuse, la malade se trouva mieux qu'elle n'avait été auparavant. Le 4 novembre, la plaie fut ouverte largement; elle montra que le prolongement hépatique était absolument irrégulier et arrondi, il paraissait se prolonger en haut de deux centimètres environ. La vésicule n'était pas plus tendue qu'auparavant. Son incision permit de constater que la paroi vésiculaire était épaissie, le fond le séparait facilement. Elle contenait un liquide épais en partie formé par de la bile coagulée, de couleur noirâtre. On ne trouva pas de calcul.

Suites immédiates. — Après quelques jours, il s'écoula de la bile normale par l'incision. Bientôt la sécrétion, d'abord très abondante, devint plus faible. La plaie se ferma environ au bout de six semaines. La malade quitta l'hôpital avec une amélioration réelle.

Suites éloignées. — Les troubles d'autrefois reparurent après quelques mois au point que la situation ne fut pas meilleure qu'avant. L'appendice hépatique a persisté.

OBSERVATION XXXVII. — 1892. LINDLER.

Cholécystite séro-purulente non calculeuse. — Cholécystostomie en deux temps.
— *Guérison.*

Über operationen au Gallenblase. Discussion à la réunion libre des chirurgiens de Berlin. Berlin. Klinich. Wochenschrift, 14 et 21 mars 1892, n° 11, p. 338 et n° 12, p. 281. (1).

Femme, 21 ans, vint le 19 septembre, dans un état de désolation, à l'hôpital.

Antécédents. — La malade souffrait depuis quatre mois d'une fièvre vive et d'une *tuméfaction* dans la région stomacale, puis survinrent des douleurs violentes qui s'accrurent en même temps que la tuméfaction.

Depuis quelque temps vomissements, *ictère*, constipation. Deux fois, les vomissements furent striés de sang, puis la malade redevint bien portante, plus de troubles digestifs ni de jaunisse. Famille bien portante.

(1) Traduction personnelle.

Examen à l'entrée. — Jeune fille de constitution délicate en apparence, extraordinairement maigre. Teinte ictérique très marquée de toute l'extrémité supérieure du corps. Douleurs violentes au moindre mouvement ou au moindre contact au niveau du creux épigastrique, et au-delà vers la droite s'étend une tumeur dure, grosse comme deux poings environ, en forme de poire dirigée obliquement, s'étendant largement sous le rebord costal atteignant en haut le foie, formant dans la région stomacale une proéminence notable, sorte de *tuméfaction* fluctuante de la largeur de la paume de la main.

Diagnostic. — Abscess du foie, la tumeur se prolongeant sous le rebord costal à la façon de l'extrémité inférieure d'un foie énormément hypertrophié.

Opération, le 10 octobre 1891. — Laparotomie sur le champ. Incision sur la ligne blanche entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic. La tumeur se présente alors comme la vésicule biliaire *surdistendue* à l'excès dont les parois sont extrêmement tendues et animées. On dut considérer son contenu comme quelque peu purulent et la suture de ses parois parut dangereuse étant donnée leur altération. Alors l'ouverture en deux temps fut décidée et la poudre d'iodoforme fut versée.

Suites. — Bientôt après l'opération survint un frisson et le soir la température monta à 40°5, par suite les douleurs disparurent. Le deuxième jour, la température monta seulement à 38°7, puis revint ensuite à la normale. Les douleurs cessèrent, l'ictère disparut manifestement cinq jours après. Les adhérences parurent suffisamment solides; je fis alors une large incision avec le thermo. Il s'échappa un liquide aqueux et transparent. La vésicule était vide, *sans calcul*. En palpant dans l'intérieur de sa cavité, on sentait la partie mitrale du canal cystique en forme de soupape circulaire. On avait l'illusion tactile de la voûte vaginale avec le col. Le cathétérisme ne réussit pas. La fermeture fut consolidée par quelques points de suture par ci par là.

Suites immédiates. — Les jours suivants, tout alla bien. La patiente se rétablit, l'ictère disparut. On ne trouva pas d'écoulement de bile. Sept jours après, il s'écoula par la fistule une quantité notable de pus. La malade eut un nouveau frisson, de la fièvre pendant plusieurs jours, une fois jusqu'à 40°, puis la fièvre disparut. Deux jours après l'écoulement pur, la bile reparut. La malade se rétablit et l'appétit revint.

Le 2 novembre, six semaines après la première opération, j'entrepris la cure de la fistule, qui était si grande qu'on pouvait y introduire le doigt. J'excisai une zone elliptique bordant la fistule sur une largeur de un centimètre, puis je dégageai la muqueuse, que je suturai à la façon des sutures intestinales, et je refermai la paroi par une suture à deux étages au fil de soie.

Suites éloignées. — La suture céda en partie; cependant le résultat

est satisfaisant. La malade est en parfaite santé, brillante et forte; le foie est revenu à la normale. La cicatrisation est solide.

OBSERVATION XXXVI (résumée). 1888. KOCHER DE BERNE (1)

Empyème de la vésicule. — Cholécystostomie de Sims. — Double incision de la paroi. — Guérison, fistule.

In Beitrag f. chirurg. der Gallenwege. — Deutsch. medicin. Wochenschrift, n° 3, 1890.

Femme 43 ans, reçue à l'hôpital le 15 mai 1888.

Antécédents. — Au 18 avril 1888, cette femme tomba malade avec douleurs d'estomac violentes et vomissements. Ceux-ci se renouvellent 20 fois en 24 heures, vomissements alimentaires d'abord, puis biliaires. Déjà auparavant elle avait peu d'appétit le soir et une sensibilité de la région stomacale. Quand les vomissements s'arrêtèrent elle ressentit des douleurs violentes dans tout l'abdomen qui durèrent jusqu'à 14 jours, le ventre était très sensible au palper. La toux augmentait les douleurs. (Donc il y eut probablement une poussée péritonitique). Il y a quelques jours les vomissements revinrent, la malade ne pouvait conserver le lait, le vin, les médicaments; elle ne sait pas très bien si elle eut de la fièvre.

Le 23 avril, rétention d'urine puis les douleurs disparurent. Depuis 14 jours, elles sont revenues dans le ventre, s'étendant de droite à gauche ou variables. Depuis huit jours, elles siègent au voisinage de l'ombilic, depuis deux jours, elles sont stationnaires. Cette région est douloureuse à la pression comme la rate. Le 12 mai, fonction exploratrice dans cette région qui ramène un liquide jaune analogue à de la bile.

Etat actuel. — Pouls petit. Pas d'ictère de la conjonctive. Le ventre offre un aspect très particulier; transversalement au niveau de la région supérieure de l'abdomen, on aperçoit une tuméfaction manifeste homogène, s'étendant depuis un travers de doigt au-dessus de l'ombilic jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde. Cette tuméfaction se prolonge à droite et à gauche jusque sur la ligne mamelonnaire. Sonorité tympanique sur le rebord costal gauche. Partout à la palpation la tumeur se montre éloignée du rebord costal. Pas de modification suivant l'inspiration, consistance parfaitement élastique; la tumeur est sensible principalement à droite de l'ombilic.

Diète les premiers jours, puis œufs; amélioration, plus de fièvre. Par la ponction on évacue 150 grammes environ de liquide analogue à celui de la ponction exploratrice, jaune trouble, composé à l'examen

(1) Traduction personnelle.

chimique de mucine de coloration biliaire, sans urobiline, de bilirubine, de cholestérine. Dans le sédiment, cellulés de pus, hématoïdine en cristaux et pigments amorphes.

3 juin 1888. — Une grande quantité de liquide se reforme. Pas de fièvre, légère sensibilité à la pression. Les selles ont toujours été normales pendant le séjour à l'hôpital.

Opération le 8 juin 1888. — La surface est rasée, la peau nettoyée et lavée le jour de l'opération, Narcose au chloroforme, puis l'anesthésie obtenue, éther. Instruments dans l'acide phénique à $\frac{5}{100}$, éponges huit jours dans l'acide phénique à $\frac{5}{100}$ et gaze au sublimé, etc.

Isolement du champ opératoire avec compresses phéniquées imperméables et sortant du sublimé. Lavage, stérilisation de la paroi, de la peau de la main au sublimé à $\frac{2}{100}$. Drains en verre sortis du sublimé.

Ligature et sutures au sublimé. Pansement à la gaze sublimée à $\frac{1}{100}$.

Incision partant de l'ombilic et longue de 9 centimètres. On ne peut dire si la tuméfaction est intra ou extra-péritonéale.

L'incision permet d'arriver directement sur elle. Le contenu liquide était de même nature que celui qu'on obtint par la ponction. Le professeur Nencki à qui fut confié l'examen de ce contenu liquide, en donne le compte-rendu suivant : Le liquide enlevé par l'incision ne contenait ni pus, ni cristaux d'hématoïdine, ni de cholestérine, mais quelques matières colorantes de la bile. » Par l'exploration de la cavité festonnée pratiquée avec le doigt et la sonde, on trouve que celle-ci est relativement lisse, close partout. Aucun calcul biliaire. Une seconde incision, qui ne donne aucun résultat en plus à l'exploration, est pratiquée dans le côté droit environ au niveau de la ligne mamelonnaire.

Drainage par un tube en verre ; pansement à la gaze thymolée, lavage de la cavité avec une solution de salicylate. La paroi du cystique est de couleur rouge-brun, écoulement sanguin insignifiant.

Suites. — Sécrétion abondante. Température 36°6.

13 juin, plaie en assez bon état ; on fait une suture profonde en laissant les drains à leur place, la malade va bien, sans fièvre.

14 juin, enlèvement des drains.

15 juin, la malade est montée à la clinique, elle est préparée pour l'opération.

Par l'incision on explore la cavité, mais on n'obtient aucun renseignement de plus. Aucun calcul biliaire, aucune adhérence ; la cavité s'était refermée, elle contient du pus et de la bile. Pas de fièvre.

28 juin, la malade est de nouveau présentée à la clinique, elle est presque guérie. Température normale.

Suites éloignées. — 2 juillet. La malade est congédiée. La plaie est complètement refermée. Aucune trace d'écoulement de liquide. La palpation de la région malade n'est pas douloureuse.

11 Août. La malade se présente de nouveau, elle est en parfait état. Les surfaces de granulations se fermèrent au bout de quelques jours. De temps à autre, elle a des douleurs à travers l'abdomen. Elle doit prendre soin de ses repas.

Au 31 juillet, il se forma à l'extrémité supérieure de la cicatrice droite un petit abcès qui donna très peu de pus et de sang. Aujourd'hui, l'état est parfait. On voit sur l'abdomen deux cicatrices, l'une, droite, de cinq centimètres au niveau de la ligne mamelonnaire, l'autre sur la ligne médiane. Ces deux cicatrices sont indolentes, en bon état et en partie adhérentes aux parties profondes. L'épaississement constaté auparavant dans l'abdomen, vraisemblablement la vésicule biliaire, est encore appréciable, mais est considérablement diminué. La masse entière se laisse déplacer de droite à gauche. A cette place, la sonorité tympanique est quelque peu obscurcie; l'affaiblissement se propage par en haut vers la matité hépatique. Les selles sont abondantes, mais de couleur normale.

4 janvier 1890. La malade est revue de nouveau. Elle a eu quelques crises avec vomissements et douleurs à l'épigastre; cependant elle a bon appétit et les selles sont régulières. La cicatrice épigastrique est très belle, un peu large; au-dessous de celle-ci, on sent les battements aortiques. Sur la cicatrice, au niveau le plus élevé du bord droit du muscle droit, il y a une petite fistule sur la ligne horizontale passant par l'ombilic, tout est souple; on peut introduire trois ou quatre travers de doigt sous le rebord costal, le prolongement de la ligne mamelonnaire. Là on sent une résistance transversale, sensible à la pression, de la grosseur d'une prune. La sensibilité se prolonge de là vers le haut, mais sans résistance appréciable. La sonde, introduite par la fistule; aboutit à trois centimètres et demi plus loin dans la direction de la rénitence signalée et tombe sur une résistance ferme. L'inclinaison de la sonde est forte, mais ne donne aucun résultat appréciable.

OBSERVATION XXXVII. — 1888. TERRILLON

Cholécystite séreuse. — Cholécystostomie de Sims. — Guérison spontanée de la fistule en six mois.

Bulletin Société chirurgie, séance du 20 mars 1889, p. 228.

Femme, 29 ans.

Antécédents.— Cette malade éprouva en 1886, des douleurs violentes dans le creux de l'estomac, vomissements, fièvre, léger ballonnement. On crut à une péritonite localisée de cause inconnue, la poussée dura trois semaines, laissant ensuite une sensation de tiraillements et de

douleur insupportable. Un an après, cette femme s'aperçut que la région épigastrique devenait très volumineuse et bientôt on put voir une bosse lue arrondie, de la grosseur du poing, faisant légère saillie.

Un jour la *tumeur* disparut subitement sans douleurs, à la suite de douches. Moins de un mois après, la tumeur reparut en formant une saillie très nette à la vue et au palper. Douleurs, tiraillements, amaigrissement.

Examen à l'entrée.— Bosselure du volume du poing au creux épigastrique, se portant surtout à gauche et dépassant à peine la ligne médiane à droite, se déplaçant en même temps que le foie par les mouvements respiratoires. Rénitente plutôt que fluctuante et se continuant avec le foie peu augmenté de volume. Comme elle plongeait profondément, elle communiquait les battements de l'aorte.

Diagnostic. — Tumeur au niveau du creux épigastrique. On pouvait hésiter entre un kyste hydatique de la face inférieure du foie ou une dilatation de la vésicule biliaire. Sa position à gauche faisait plutôt penser à une *dilatation de la vésicule*. Une ponction exploratrice leva les doutes. Le 31 juillet, on ôta 580 gr. de liquide légèrement coloré en brun, M. Yvon y trouva les éléments de la bile avec mucus et fibrine, hématies. A la fin de la ponction, l'aiguille donna un frottement contre une surface rugueuse qu'on prit pour un calcul. Donc, diagnostic : *hydropisie de la vésicule* avec oblitération à peu près complète du cystique, perméabilité du cholédoque.

20 jours après, la poche était reformée.

Opération le 20 août 1888 avec le concours de MM. QUÉNU et JALAGUIER. Cholécytostomie de Sims. Incision de 10 centimètres sur la ligne *médiane* correspondant à la tumeur. Péritoine non adhérent avec la tumeur. On voit une poche à parois blanchâtres, lisse, fluctuante. Ponction, on retire 700 gr. de liquide légèrement louche. En explorant la surface de la poche, on remarque qu'elle avait contracté des adhérences intimes avec l'intestin, l'épiploon et toutes les parties voisines. Impossible de songer à détacher ces adhérences trop épaisses et étendues.

Incision de la vésicule, l'épaisseur de la paroi est de près d'un centimètre. Par l'ouverture, le doigt introduit constate avec grande surprise l'absence de tout calcul. Toute la surface, principalement au voisinage du col, était incrustée de sels calcaires, incrustations situées à la surface de la muqueuse peu résistante, se détachant sous le doigt. Impossible de trouver l'origine du cystique qui parut complètement oblitéré. On détache ces incrustations avec une éponge rude et la curette ; on termine par fixation de l'ouverture vésiculaire à la paroi avec 12 crins de Florence. Deux drains dans la poche et l'orifice est rempli avec des bandelettes de gaze iodoformée.

Suites immédiates. — Parfaites, ne dépassant pas comme tempé-

rature 38°. Lavages quotidiens à grande eau et sublimé faible de la poche. Jamais de bile, mais toujours un liquide séreux semblant sécrété par la surface de la poche et diminuant progressivement.

Suites éloignées. — Érythème autour de la plaie. Deux mois après, malgré sa fistule, la malade avait regagné douze livres.

Cinq mois après l'opération, la fistule était complètement fermée. La malade a pris un embonpoint notable.

Réflexions. — Ici, il ne pouvait être question d'enlever la vésicule, ni même d'en réséquer une partie plus ou moins étendue, puisque sa surface adhérerait aux organes voisins.

OBSERVATION XXXVIII. — 1888. STUART NAIRNE

Cholécystite séro-purulente. — Cholécystostomie de Sims. — Guérison avec fistule

The Lancet 1888, deux cas de cholécystostomie (1)

Femme 24 ans, entrée à Samariton hospital.

Antécédents. — En août 1887, la malade eut des douleurs internes au niveau de l'épigastre, nausées, vomissements et un état fébrile léger. Déjà cette femme avait senti des attaques semblables, mais qui s'étaient rapidement évanouies en vingt-quatre heures. Elle eut toujours peu d'appétit.

Examen à l'entrée. — En apparence, cette femme est grande, mince, maigre et nerveuse. On perçoit, dans la région épigastrique, un *gonflement* s'étendant non pas du côté droit, mais par en bas et atteignant du côté gauche la fosse iliaque. Cette tuméfaction est *douloureuse* à la pression. Le traitement médical ordinaire ne procure aucun soulagement et après trois jours de souffrances, je décidai de faire une cholécystostomie.

Opération. — L'anesthésie fut mal supportée, à un moment donné on dut précipiter l'opération. L'incision fut faite au niveau de la tuméfaction. Après avoir incisé la vésicule, on trouva qu'elle contenait une bile très épaisse et consistante. Le doigt ne put déceler aucune pierre. Une suture fut passée à travers la partie inférieure de la plaie, comprenant le bord de la vésicule biliaire. Un tube à drainage fut introduit dans la vésicule et on appliqua sur la plaie un large coussin de coton iodoformé.

Suites immédiates. — La guérison fut ininterrompue, la malade fut immédiatement soulagée de ses douleurs et ses vomissements cessèrent. La température monta à 100° Fahrenheit. Pendant plusieurs jours eut lieu un écoulement de matière biliaire qui diminua graduellement.

(1) Traduite par C. MONTAIS.

Suites éloignées. — Guérison complète. Lorsque la malade quitta l'hôpital, la plaie était refermée.

Réflexions. — N'ayant trouvé aucun calcul, j'incline à penser qu'il s'agissait d'une simple rétention biliaire. On n'est jamais sûr qu'il y a calcul tant qu'on n'en trouve pas dans les selles. La seule douleur excruciante avec ou sans ictère est une indication à l'opération, surtout s'il y a tumeur dans la région vésiculaire

OBSERVATION XXXIX. — 1889. TERRILLON

Cholécystite séreuse. — *Cholécystostomie de Sims.* — *Guérison spontanée de la fistule en 6 mois.* — *Dilatation de la vésicule biliaire accompagnant un kyste hydatique du foie.* — *Ouverture des deux cavités.* — *Drainage.* — *Guérison.*

Bulletin général de thérapeutique, juin 1892.

H. . . ., entre le 14 février 1889.

Antécédents. — Le malade subit en 1888 une ponction pour kyste hydatique du foie à l'hôpital d'Amiens. Cette ponction fut suivie d'urticaire. Soulagement immédiat qui dura huit mois. Bientôt le côté droit devint plus gros; une certaine gêne dans cette région appela son attention, c'est alors qu'il demanda à entrer dans mon service.

Examen à l'entrée. — *Douleurs* dans la région hépatique augmentée de volume depuis quelques semaines. Teinte subictérique. Jamais de coliques hépatiques. Augmentation de volume de toute la partie droite de la région du foie, mais au-dessous des fausses côtes droites, à côté de la ligne médiane, existe une tumeur arrondie descendant jusqu'à l'ombilic. Cette tumeur est allongée dans le sens vertical, accolée à la paroi et nettement fluctuante. Comme cette poche correspondait à la région de la vésicule et qu'elle avait la forme allongée que donne cet organe rempli de liquide, je voulus m'assurer qu'il s'agissait là d'une récurrence de kyste hydatique et je fis une *ponction*. Celle-ci donna issue à un litre de liquide noirâtre qui ne contenait aucun crochet. L'analyse chimique montra qu'il s'agissait d'un liquide biliaire.

Diagnostic. — Je pensai à une *dilatation de la vésicule*. Quelques jours après, la poche étant complètement remplie, je me disposai à l'ouvrir.

Opération le 28 février 1889. — *Incision latérale* correspondant à la partie médiane de la tumeur. On évacue par la ponction 800 grammes de liquide verdâtre. La vésicule est ouverte, les parois sont épaissies, la muqueuse hypertrophiée, mais on ne constate dans son intérieur *ni calcul*, ni altération spéciale. Le canal cystique exploré avec soin a

5 centimètres de longueur. A cette distance il est oblitéré. Aucun instrument ne peut franchir cette limite; j'essaie de décortiquer les parois de la vésicule et de les séparer de la paroi abdominale, mais en vain, les *adhérences* sont trop solides. Les bords de l'incision sont soudés à la plaie abdominale, l'organe est fixé à la plaie abdominale par un grand nombre de points de suture.

Suites immédiates. — Bonnes. La fistule donnait une certaine quantité de liquide muqueux à peine teinté de bile, lorsque vers le cinquième jour, on vit brusquement apparaître par l'orifice un écoulement très abondant de bile. Ce phénomène se renouvela ainsi trois fois dans l'espace d'un mois. Il durait trois jours.

Au bout d'un mois, l'état général était excellent et tout semblait se passer normalement du côté de la fistule, lorsque le 2 avril, la température monta à 40° avec nausées et céphalalgie. Pouls rapide. En un mot, nous vîmes pendant huit jours persister des phénomènes graves que rien ne pouvait expliquer. Quand tout à coup, au moment d'un pansement, l'orifice de la fistule donna issue à une grande quantité de vésicules hydatiques fétides et mortifiées. Le liquide contenait des échinocoques. A partir de ce moment, la fièvre tomba rapidement. Pendant cinq jours, on put extraire plusieurs litres d'hydatides ainsi altérées. Bientôt la fistule ne fournit plus ni hydatites ni liquide biliaire, et la guérison était complète quelques semaines après.

Suites éloignées. — Le malade sort complètement guéri le 28 août 1889, six mois après. Je l'ai examiné le 1^{er} avril 1892; on ne trouve aucune lésion apparente du foie. Il se plaint seulement d'un tiraillement au niveau de la cicatrice quand il veut se redresser complètement; aussi se tient-il toujours un peu courbé.

La cicatrice est chéloïdienne et un peu douloureuse.

Réflexions. — Dans cette observation, il semble bien évident que la dilatation de la vésicule était due à la présence d'un kyste hydatique qui occupait la face inférieure du foie et comprimait le cholédoque. Le kyste s'est rompu spontanément dans le trajet de la vésicule près de six semaines après l'ouverture de cette dernière, après avoir subi une inflammation qui a duré cinq à six jours.

OBSERVATION XL. — 1889. BOND

Rétention biliaire. — *Obstruction du cholédoque.* — *Cholécystostomie.* — *Fistule consécutive.* — *Deuxième opération exploratrice.* — *Pas de calcul dans le cholédoque.* — *Guérison à la suite de cette simple exploration.*

Lue à la *Leicester medical society*, le 6 décembre 1889.

Diagnostic. — *Rétention biliaire.* — *Obstruction du cholédoque.*

Opération. — Mars 1889. — La vésicule est ouverte et drainée pour des symptômes pressants avec rétention de bile déterminée par une obstruction du cholédoque.

Suites immédiates ?

Suites éloignées. — Une fistule biliaire persiste et bien qu'une grande quantité de bile (30, 40 onces) s'écoulât journellement, la malade continua à se bien porter et à augmenter de poids. Comme la fistule ne se fermait pas, on entreprit en novembre 1889 une seconde opération exploratrice pour s'assurer de l'état du cholédoque. On ne trouva aucun calcul. Immédiatement après cette opération, la bile se mit à s'écouler plus facilement dans le duodénum, à tel point qu'un mois après il ne s'écoulait plus par la fistule qu'une demi-once à une once de bile en 24 heures.

Réflexions. — On supposa que quelque élargissement du canal ou quelque rupture d'adhérences avaient été la cause de cette amélioration.

OBSERVATION XLI — 1890. TERRILLON.

Cholécystite séreuse. — Cholécystostomie de Sins. — Cathétérisme des voies biliaires. — Mort 25 jours après

Bulletin général thérapeutique, 1891, p. 120.

Femme, 46 ans, encore grasse et vigoureuse

Antécédents. — Malade atteinte depuis longtemps de *coliques hépatiques* bien caractérisées, lorsque au mois de février se déclara un *ictère* intense avec *douleurs* violentes dans la région du foie, des troubles stomacaux graves et des vomissements fréquents. Malgré toutes les médications employées, l'état alla s'aggravant, l'ictère augmenta, les vomissements devinrent plus fréquents, enfin une légère *tuméfaction* qui s'accentua bientôt, apparut dans la région sus-hépatique.

Examen à l'entrée. — Trois mois après le début de ces accidents, la malade était dans un état très alarmant, vomissant presque tous les aliments même liquides. La langue était sèche et noire, les selles décolorées, très odorantes. Dans la région de la vésicule existait une tuméfaction du volume du poing, très facile à sentir par la palpation, mais non perceptible à la vue à cause de l'épaisseur de la paroi abdominale. Enfin l'ictère généralisé était très intense. Je proposai une intervention chirurgicale.

Diagnostic. — Obstruction du cholédoque.

Opération le 5 mai 1890. — Je fis une incision verticale sur le *bord externe* du droit au niveau de la partie la plus saillante de la tuméfac-

tion que j'ai signalée. En arrivant sur le péritoine, je reconnus que la vésicule lui était adhérente, mais les moyens d'union étaient encore friables et paraissaient dater de peu de jours. J'essayai de les détacher et j'y parvins facilement. Je pratiquai alors une ponction qui donna issue à 220 grammes de liquide fortement coloré, ressemblant à de la bile presque pure. Après avoir vidé la vésicule, je fendis largement et j'explorai avec le doigt et même avec la main tout entière la face inférieure du foie et toutes les parties que je pus percevoir à ce niveau. Je ne sentis *aucun calcul*, aucune bosselure rappelant un corps étranger. Enfin en pénétrant dans le cystique avec une sonde cannelée, je fus arrêté par un obstacle qui me sembla membraneux et ne donna nullement la sensation d'un calcul. Une bougie en gomme fut également introduite sans résultat. Je pensai dans ces conditions qu'il s'agissait d'un obstacle de nature indéterminée et placé dans le cholédoque, près de son embouchure. Quant à la situation exacte de cet obstacle, je ne pus, malgré mon insistance, parvenir à la déterminer. Ne voulant pas prolonger indéfiniment ces recherches inutiles et dangereuses, je soudai par des sutures multiples les parois de la vésicule, dont je réséquai un grand lambeau, aux bords de la plaie abdominale, et j'appliquai un pansement extérieur avec la gaze iodoformée.

Suites. — Furent très bonnes. L'écoulement de la bile fut très abondant, et, chaque jour, le pansement en était imbibé. La malade fut d'abord très soulagée; les vomissements diminuèrent, mais l'alimentation demeura très difficile; les selles ne devinrent pas plus colorées et l'état général ne s'améliora pas, car le cours de la bile ne se rétablit jamais.

Elle s'affaiblit graduellement pour mourir vingt-cinq jours après l'opération, qui ne me semble pas avoir hâté ce dénouement.

OBSERVATION XLII. — 1890. PERRIER

Cholécystite purulente. — Cholécystostomie de Sims. — Guérison avec fistule
Congrès français de chirurgie, 1891, p. 537.

Femme, 36 ans, entrée à Saint-Antoine en septembre 1890.

Antécédents. — Souffre depuis deux ans, douleurs nocturnes avec vomissements sans ictère. Accalmie pendant trois ou quatre mois, retour des mêmes douleurs avec plus d'intensité.

Examen à l'entrée. — On constate au niveau de la vésicule une tumeur ronde, bosselée, douloureuse à la pression, fixée au foie, sans fluctuation ni bruit de frottement spécial. Insomnie. La malade réclame une opération.

Diagnostic. — Tumeur biliaire.

Opération en novembre 1890. — Après ouverture du péritoine, je mets à découvert une masse inflammatoire adhérente à droite à la paroi abdominale, confondue avec le doigt et recouvrant en partie le petit cul-de-sac de l'estomac.

Je dus faire une incision transversale sur la lèvre droite de l'incision médiane du ventre pour me donner plus d'espace. J'essayai de décoller l'épiploon de ses adhérences, mais elles étaient trop solides pour que je pusse le faire sans m'exposer à déchirer les organes auxquels il adhérerait. Je ponctionnai le centre fluctuant de la masse. J'obtins d'abord un liquide épais, filant, jaunâtre, puis lorsqu'il vint du sang pur, je retirai le trocart, j'agrandis l'ouverture et je pus explorer une cavité plus ou moins cloisonnée, profonde, que je nettoyai et lavai de mon mieux *sans y rencontrer d'apparence de concrétion*. Je suturai le pourtour de cette cavité aux lèvres de la plaie abdominale transversale, je plaçai un gros drain bien directement jusqu'au fond, je fermai soigneusement le reste du ventre et je fis un pansement au salol.

Suites immédiates. — Simples. Les premiers jours, écoulement peu abondant d'un liquide teinté en brun, puis franchement séreux à la fin de la première semaine. Sutures enlevées le onzième jour, drainage supprimé peu après.

Suites éloignées. — La malade quitte l'hôpital le 24 décembre 1890, six semaines après. Aucune douleur, mais il existe une fistule qui donne un suintement tantôt clair, tantôt verdâtre, mais dans lequel on ne trouve aucun des éléments constitutants de la bile.

OBSERVATION XLIII. — 1890. ROBERTS

Cholécystostomie pour ictère chronique

Lesions tanght by therce fatal abdominal operations. The New-York. med. Journal, 1890, 25 octobre, p. 670 (1).

Femme, 42 ans.

Antécédents. — Souffrant depuis 6 ans de douleurs dans le côté droit. Ictère. Mort.

Diagnostic. — Calculs biliaires.

Opération. — Laparotomie. On trouva la vésicule biliaire très distendue, remplie de bile, adhérente à l'intestin. On ne trouva *pas de calcul* dans la vésicule biliaire. La cause de l'ictère ne fut pas découverte.

Suites. — Mort, 24 heures après l'opération.

(1) Observation due à l'obligeance de M. Marcel Bauduin.

Autopsie. — Abscès fétide entre la vésicule biliaire et les anses adhérentes de l'intestin (côlon transverse). On en conclut que l'ictère devait être causé par la compression exercée sur le cholédoque par cet abcès et les produits inflammatoires.

OBSERVATION XLIV. — 1890. KEHR

Hydropisie non calculeuse de la vésicule biliaire. Cholécystostomie de Sims. Mort le douzième jour.

In Berlin Klin. Wochensch, 16 janvier 1893 (1)

Femme, âgée de 60 ans, admise à la clinique le 20 mai 1890.

Examen à l'entrée. — Aspect anémique et cachectique. Pas d'ictère. Souffrant beaucoup d'une tumeur de la vésicule.

Diagnostic. — Tumeur de la vésicule (cancer probable ?).

Opération. — Laparotomie. Hydropisie de la vésicule à contenu très clair, évacuation. *Pas de calcul.* Suture de la vésicule à la paroi, c'est-à-dire cholécystostomie naturelle.

Mort au douzième jour; pas d'autopsie.

Reflexions. — J'ai hésité à rechercher la cause de l'obstruction de la vésicule, car l'hydropisie en elle-même ne pouvait être la cause d'une cachexie aussi prononcée que celle constatée chez cette malade.

OBSERVATION XLV. — 1891. MATLAKOWSKI

Hydropisie de la vésicule biliaire. — Cholécystostomie en un temps. Fistule persistante.

Gazeta Le Karska Warszawa, 1891, n° 25-26 (2)

Femme 47 ans.

Diagnostic. — *Hydropisie* de la vésicule biliaire..

Opération. — Cholécystostomie de Sims. On ne trouve pas de calcul.

Suites. — Fistule persistante.

(1) Observation due à l'obligeance de M. Marcel Bauduin.

(2) Observation due à l'obligeance de M. Marcel Bauduin.

OBSERVATION XLVI. — 1891. TERRILLON

Cholécystite séreuse chronique. — Cholécystostomie de Sims. — Cathétérisme du canal cystique. — Guérison avec fistule muco-purulente.

Bulletin général thérapeutique, 1892, p. 486.

Femme, 52 ans.

Antécédents. — Depuis sa dernière grossesse, cette femme souffre d'une façon intermittente dans la région sous-hépatique. Les crises surviennent principalement après le repas, mais elles n'ont jamais eu le caractère de coliques hépatiques, ni la soudaineté, ni la violence, mais elles s'irradient dans la région des reins et du côté de l'estomac, jamais d'ictère. Cependant la malade présente un léger teint subictérique, d'ailleurs elle est très brune. Selles toujours colorées. Bronchite chronique.

Examen à l'entrée. — On constate une tumeur isolée, douloureuse à la pression, arrondie, notablement saillante au-dessous du foie et en continuité avec lui.

Diagnostic. — Vésicule biliaire dilatée et enflammée chroniquement. En l'absence de toute colique hépatique, je me réservai sur la présence de calculs.

Opération le 7 juillet 1891. — Incision de cinq centimètres au niveau de la tumeur. On aspire par ponction 250 grammes de liquide citrin de la vésicule. Les parois de la vésicule étaient épaisses ; j'essayai de les tirer au dehors, mais je constatai que de nombreuses adhérences et un épais tissu inflammatoire l'unissaient à la face inférieure du foie. Il me fut possible cependant de séparer le fond de l'organe du péritoine pariétal, ce qui me permit d'explorer avec le doigt la face inférieure libre d'adhérences dans le péritoine et le hile du foie.

Ouverture large de la vésicule. *Aucun calcul.* La muqueuse était épaisse, tomenteuse sans altération. J'explorai le cystique, que mon doigt atteignait difficilement, mais sans rien rencontrer d'anormal. Plusieurs instruments mousses en gomme et en métal, introduits dans l'orifice du canal, pénétrèrent à une distance de six centimètres au delà de cet orifice sans pouvoir franchir un obstacle certain et sans rencontrer aucun calcul. Ces explorations ne ramènent aucune trace de bile. Devant l'impossibilité où j'étais d'enlever cette vésicule, qui avait contracté avec le foie des adhérences étendues et très anciennes, je fixai son ouverture à la plaie abdominale.

Suites immédiates. — Issue considérable, la nuit, de bile presque pure. Dans la journée, au contraire, liquide muqueux blanchâtre. Donc alternative de l'écoulement. Disparition des douleurs ; l'appétit reparait,

digestions faciles; santé générale parfaite, sauf fistule. Selles toujours colorées.

Cet écoulement alternatif de bile et de mucus semblait assez extraordinaire, puisque la vésicule, au moment de l'opération, ne contenait pas de bile et que le canal cystique m'avait semblé oblitéré. Un fait, cependant, dominait la situation : c'est que la bile coulait pendant le jour dans l'intestin et que, par conséquent, elle pouvait suivre alternativement ces deux voies. Espérant rétablir le cours complet de ce liquide du côté de l'intestin, je pratiquai des cathétérismes nombreux avec sondes en gomme, mais celles-ci ne pénétraient qu'à de faibles profondeurs. Il n'en fut pas de même avec les cathéters métalliques de Béniqué; je pénétrai plusieurs fois à vingt-deux centimètres de profondeur, mais l'extrémité de l'instrument atteignait toujours un obstacle. Rien ne modifia l'état de la fistule, qui donnait toujours la même quantité de bile et de liquide et avec la même intermittence.

Après huit mois de tentatives infructueuses, je pratiquai, le 22 mars 1892, une *nouvelle opération* pour fermeture. Incision circulaire de la peau à 3 centimètres de la fistule, dissection de la peau autour de l'orifice en prolongeant ma dissection jusqu'à deux centimètres sur le pourtour du canal formé par la vésicule. Par cette manœuvre, j'avais détaché une espèce d'entonnoir dont l'ouverture était formée par la peau et la tige par la vésicule. Un double lien placé à la partie la plus inférieure de l'entonnoir oblitéra la fistule, et aussitôt après, toute la partie extérieure à la ligature fut enlevée. Ainsi était constitué un moignon occupant le fond de la plaie produite par la dissection. Les bords de la peau furent réunis par plusieurs sutures en avant de ce moignon. Je n'établis aucun drainage. Compression énergique à la surface.

Suites. — Pendant les premiers jours, douleur atroce, tension dans la région. Evacuation par les selles et par vomissements d'une grande quantité de bile très foncée. Le quatrième jour, la bile avait franchi ce double obstacle que j'avais placé à l'orifice de la fistule et coulait abondamment en dehors. Cessation des phénomènes douloureux. La fistule se rétablit dans les mêmes conditions qu'avant l'opération. L'échec semblait complet, il était dû certainement à la pression exercée par la bile sur la suture. Cet état dura quelques jours, mais le lendemain, l'orifice de la fistule diminua de diamètre, finalement s'oblitéra complètement. Actuellement 1^{er} juin 1892, la malade est complètement guérie et ne ressent aucune douleur.

OBSERVATION XLVII. — 1892. PORTER (1)

Cholécystite suppurée sans calcul. — Cholécystostomie de Sims. — Guérison.
Med. News, n° 5, 3 septembre 1892, p. 267.

M^{lle} D. . . , 33 ans.

(1) Observation due à l'obligeance de M. Marcel Baudoin.

Antécédents. — La malade a eu deux enfants, et a souffert depuis onze ans de crampes d'estomac très violentes qui durèrent huit ans, puis disparurent. Depuis quelques jours, douleurs vives de l'hypochondre droit, à l'épigastre et au dessous. Pas de jaunisse certaine.

Examen à l'entrée. — On constate une *tumeur* mobile, solide en apparence, de la région vésiculaire.

Diagnostic. — Distension de la vésicule biliaire par des calculs.

Opération le 29 février 1892. — Laparotomie. On trouve une tumeur élastique d'où s'échappe, en y introduisant un trocart et une canule, du pus abondant. La vésicule est vidée, puis explorée. *Pas de calcul.* Pas d'adhérences. Suture de la vésicule à la paroi. Un drain est laissé pendant la journée.

Suites immédiates. — Léger commencement de péritonite qui disparut le troisième jour à la suite d'un purgatif (?) On enleva les fils le huitième jour.

La malade se lève le quinzième jour, et, le vingt-troisième jour, on enlève le drain. Guérison.

OBSERVATION LVIII. — 1893. RICKETTS (1)

Cholécystite sans calcul. — *Cholécystostomie de Sims.* — *Guérison.*

Cholécystostomy for obstruction of the commonbiliary duct due to catarrhal inflammation of the sanie Recovey.

Saint-Louis clinique, vol. VII, janvier 894, n° 1, p. 1-3. (1).

Femme M. . . , domestique, 21 ans, de bonne constitution.

Antécédents. — La malade fut prise de *coliques hépatiques*, le 21 mai 1893. Le second jour, on administre de la morphine à forte dose. Sclérotiques *jaunes*. Urines chargées de bile. — Le 3^e jour, la morphine reste presque sans effet.

Examen à l'entrée. — On constate une faible dilatation de la région de la vésicule biliaire. Sclérotiques faiblement jaunes, urines fortement chargées de bile. — Constipation.

Diagnostic. — Dilatation de la vésicule biliaire.

Opération. — Laparotomie. On trouve une dilatation considérable de la vésicule biliaire. On retire par la ponction 4 onces de liquide sanieux (?) sans trace de bile. Le canal cystique est obstrué.

Incision de la vésicule, on ne découvre *pas de calcul*. Réunion de celle-ci au péritoine pariétal. Sondage. Nettoyage.

Suites. — Guérison.

(1) Observation due à M. Marcel Baudoin.

OBSERVATION XLIX. — 1887. WILLET.

Obstruction complète du cholédoque. — Cholécytostomie en un temps, procédé de Ransohoff. — Guérison. — Mort 6 mois après.

Bristish medical Journal, 1886, t. II, p. 903 (1).

Femme, 52 ans, entrée le 2 mars 1885.

Antécédents. — Il y a 15 ans inflammation intestinale. Diarrhée intense il y a 14 mois et qui dura 3 mois ; sept mois plus tard *jaunisse* qui augmenta graduellement pendant quatre mois, accompagnée de démangeaisons générales et de diarrhée. Pas de paroxysmes douloureux, ni de nausées.

Examen à l'entrée. — *Ictère* généralisé, bronzé, sans xanthélasma. La malade a eu un peu de fièvre hectique, mais elle est encore en état de nutrition générale. La matité du foie commence en haut sur la ligne axillaire au bord supérieur de la quatrième côte, tandis que l'organe peut être senti facilement au-dessous des côtes.

A peu près au niveau de la vésicule biliaire, on trouve une *tumeur* sphérique tendue, de la grosseur d'une bonne orange, de surface régulière et nettement limitée dans toutes les directions, excepté en haut. On la déplace facilement dans le sens latéral et elle suit les mouvements de la respiration. La rate n'est pas palpable. Un peu d'œdème des jambes. L'urine fortement colorée contient une trace d'albumine, mais l'examen chimique dénote la présence d'une très petite quantité de pigment biliaire. Les selles sont argileuses, décolorées.

14 mars. La patiente a ressenti soudain de vives *douleurs* dans l'hypocondre droit, pas de nausées.

16 mars. On peut sentir une induration nodulaire distincte (calcul biliaire) à un pouce et demi au-dessous des côtes et à deux pouces à droite de l'ombilic.

17 mars. Selles tout-à-fait décolorées. Urine 1025 grammes. Trace d'albumine. L'opération est conseillée dans le but de faire disparaître, s'il est possible, la tuméfaction, ou de créer une fistule biliaire s'il s'agit d'une tumeur de la tête du pancréas.

Diagnostic. — Obstruction du cholédoque par calcul. Tumeur du pancréas.

Opération le 17 mars 1885. — Incision correspondant à la ligne *semi-lunaire* droite, longue de trois pouces, comprenant tous les tissus jusqu'au péritoine. Le péritoine est ouvert sur conducteur, l'épiploon apparaît. En l'écartant, on découvre la vésicule distendue

(1) Observation traduite par M. C. Montais.

remplissant presque toute l'ouverture. Après avoir introduit dans la cavité abdominale des éponges pour la protéger de tout écoulement liquide, on fit une ponction aspiratrice dans la vésicule biliaire, qui donna 16 onces de liquide pâle, visqueux. Après avoir placé un clamp sur l'ouverture, on introduit le doigt explorateur. La tête du pancréas et la région du canal parurent exemptes de tumeur ; le canal lui-même était un peu épaissi. On passa des sutures à travers les bords de la plaie péritonéale et à travers les parois externes de la vésicule biliaire, maintenant affaissée, et, après avoir serré les sutures fermant la cavité péritonéale, on incisa la vésicule ; rien d'anormal, sauf que le canal était complètement oblitéré, incapable d'admettre la plus petite sonde. Le bord libre de la peau fut ensuite suturé à l'ouverture de la vésicule. Pansement à l'huile phéniquée.

Suites immédiates. — Après son réveil, la malade se plaint de douleurs dans la plaie. Le lendemain, pas de douleur, poulx 88, langue sèche, glace, lait, extrait d'opium, 20 onces d'urine contenant une grande quantité de pigment biliaire. Le liquide qui s'écoulait par la plaie avait une réaction neutre, une densité de 1014, peu d'albumine, sans pigment biliaire et avec d'abondants cristaux de cholestérine. L'examen chimique reconnut de la bile avec sels biliaires abondants, mucus et albumine, pas de pigment.

Pansement complètement imbibé. Abdomen légèrement distendu, tympanisme, urine fortement colorée par la bile. Diminution très notable de l'ictère.

Excellent état. Amélioration manifeste. Selles encore décolorées.

Suites éloignées. — Mort par suite de l'épuisement déterminé par l'écoulement.

En somme, il y a eu soulagement complet des souffrances, diminution très intense de la jaunisse et amélioration de l'état général.

Reflexions. — L'entière oblitération était due, je suppose, à des lésions d'inflammation chronique ayant abouti à une sténose graduelle, mais complète. Si l'on avait pu prévoir cette oblitération, la ponction aspiratrice aurait probablement procuré à la malade le même soulagement que l'opération, sans risques et sans l'adjonction de cet écoulement irritant.

Lorsqu'on trouve une oblitération du cholédoque, je demande si le drainage externe est le meilleur procédé à employer ; si, tout en restant prudent, il n'y a pas mieux à faire ? Je serais tenté de faire une cholécystentérostomie en une région sous la main comme le côlon transverse, imitant ainsi la nature, qui, dans les deux tiers des fistules intestinales biliaires, se produit dans le côlon transverse, le restant se faisant dans le duodénum. La cholécystocolostomie serait moins grave et suffisante physiologiquement, la sécrétion n'étant plus qu'une imitation colorée de la bile par suite de l'atrophie de la cellule hépatique.

OBSERVATION L. — 1887. ALEXANDER

Cholécystite sans calcul. — Dilatation de la vésicule (rompue?). — Cholécystostomie de Ransohoff

A case of cholocystostomie. In the Liverpool, med. Journal, juillet 1888, p. 508 (1)

Le malade médecin décrit ainsi sa maladie. « Violentes douleurs dans la région épigastrique supérieures précédées, une quinzaine de jours auparavant, d'une douleur dans la jambe gauche sur le trajet du sciatique. Au troisième jour, la *jaunisse* commence à paraître. Bouche sèche. Langue saburrale. Soif ardente. Pas d'appétit. Vomissements après les repas. Constipation. Selles brunâtres terre de pipe. Violent mal de tête fréquent. Au bout de six jours les symptômes disparaissent, mais il persiste une perte partielle de la sensibilité et du mouvement dans l'extrémité inférieure pendant près d'un mois.

Le 2 juillet 1886, nouvelle crise plus courte que la première; mais très intense tout le temps qu'elle a duré.

13 avril 1887. Troisième crise, la plus violente. Perte de sommeil. Au troisième jour, apparition de la jaunisse. Urines chargées de bile. Mêmes symptômes que lors de la première crise.

4 mai 1887. ALEXANDER voit le malade. Celui-ci croyait à une dilatation de la vésicule biliaire. On lui trouve de la fièvre, le pouls faible, jaunisse excessive, selles et urines caractéristiques, avec cela nausées, vomissements, insomnie, inquiétude, faiblesse.

Légère matité au-dessous du foie, mais rien ne prouve une dilatation, ni aucune fluctuation nette. On laisse le malade en observation jusqu'au 6. Il y a alors une tendance à se faire une *saillie* au-dessous du foie et des côtes; sur la ligne semi-lunaire droite matité, fluctuation vague, mais pas encore de tumeur distincte. L'état du malade était plus mauvais le soir. Au moyen de l'aiguille fine de l'aspirateur, on retire quarante onces de bile pure verdâtre. Ce fait établit le diagnostic.

Diagnostic. — Dilatation du cholécyste.

7 mai. Nouvelle ponction donnant dix onces de bile, le malade se refuse à l'opération.

8 mai. Troisième ponction, on retire une pinte et demie de bile. Le malade consent à l'opération, devenue urgente.

Opération le 10 mai 1887. — Laparotomie sur la ligne *semi-lunaire* droite, au niveau du bord inférieur du foie. Fixation à la paroi abdominale du fond de la vésicule. Incision de la vésicule, on retire huit pintes de bile. On peut introduire le doigt dans une vaste cavité s'étendant en

(1) Observation due à l'obligeance de M. Marcel Baudoin.

haut sur la surface du foie jusqu'au diaphragme, à parois couvertes d'une bile floconneuse. Nulle part on ne découvrit de calculs biliaires.

Drainage, large drain. Pansement, large tampon de coton.

Suites immédiates. — Soulagement grâce aux soins et à la nourriture choisie nécessaire pour rétablir le malade. La température et le pouls se régularisent. Les urines redeviennent claires. Cholerrhagie, quelques pintes de bile chaque jour. Au bout de quinze jours, enlèvement du tube.

28 juin. Le malade est revu. Il avait ressenti les symptômes d'une pleurésie à la base du poumon. Il a de la fièvre et se sent mal. La plaie est douloureuse tout autour, et il y a matité et léger soulèvement. On ouvre de nouveau la plaie, on dilate l'ouverture et on y introduit une grosse sonde d'argent. Ecoulement abondant de matière restée dans les coins du sac au moment de la fermeture de la plaie. Un drain fut alors placé au fond du vaste sac et lavage chaque jour à l'acide borique.

Suites éloignées. — La plaie s'irrite, un peu d'érythème apparut. Un petit abcès se forme. Enlèvement du drain, puis tampon de coton. La fièvre disparaît, la plaie se ferma. Depuis le 12 novembre, le malade se porte très bien.

OBSERVATION LI. — 1887. VINCENT.

*Cholécystite séreuse avec dilatation. — Tumeur biliaire énorme.
Cholécystostomie de Ransohoff. — Mort par hémorrhagie hépatique.*

Revue de chirurgie, 1888, p. 753.

F..., 8 ans 1/2, entrée le 6 mai 1887, pour une tumeur abdominale.

Antécédents. — Rougeole, bronchite, état maladif continu. Ventre augmenté de volume depuis 6 mois, douloureux seulement depuis trois mois. Pesanteur plutôt que douleur de fosse iliaque droite, principalement la nuit. Selles habituellement décolorées et sans qu'on ait jamais, dit la mère, trouvé de calcul dans les gardes-robes.

Examen à l'entrée. — Enfant pâle, amaigrie, dont les téguments sont subictériques. Anorexie. Fièvre peu élevée, continue, sans frissons. Augmentation notable de volume du ventre, uniformément, mais cependant plus saillante, suivant une ligne oblique allant de l'hypochondre droit à l'hypogastre et jusqu'à la fosse iliaque gauche.

A la palpation, rénitence dans la fosse iliaque droite, la région ombilicale et la partie supérieure de l'hypogastre de la fosse iliaque gauche. Etat douloureux du ventre. Examen de l'urine, pigment biliaire. Ictère léger. — Décoloration des selles. — Vomissements fréquents. — Température du soir, 38°5.

Diagnostic. — Après avoir éliminé le diagnostic d'hydroméphrose et de kyste de l'ovaire, ce à quoi on parvint en constatant que la matité faisait corps avec le foie et qu'elle était fixée, j'éliminai *hydronéphrose* par suite de l'absence de troubles urinaires, de l'absence d'une bande sonore fixe transversale au-dessous du niveau inférieur habituel du foie. J'éliminai l'hypothèse d'un *kyste ovarique* parce que la matité se prolongeait avec celle du foie, que la tumeur au dire de la mère, s'était développée de haut en bas. Je ne songeai pas à un *kyste hydatique* du foie, non à cause du manque de frémissement hydatique, mais à cause du siège absolument abdominal et médio-latéral. Le kyste hydatique soulève la paroi thoracique en général et ne s'accompagne pas d'un ictère prononcé. Je crus devoir éliminer l'hypothèse d'un *abcès du foie*, parce qu'il n'y avait pas d'œdème de la paroi, parce que les douleurs étaient peu vives, la fièvre modérée, les frissons absents. — Enfin, on ne pouvait penser à un *cancer du foie*, du mésentère ou des reins (absence de ganglions) ni à un abcès par congestion.

Donc j'arrivai au diagnostic de *tumeur biliaire*, distension de la vésicule, et avant de prendre une décision opérative, je fais une *ponction* exploratrice avec le Dieulafoy. On retire 160 grammes de liquide verdâtre d'apparence biliaire, n'offrant pas cependant les réactions caractéristiques de la bile.

Opération le 11 mai 1887. — Incision dans la ligne mamelonnaire droite sur le bord externe, partant de trois centimètres au-dessous du rebord des fausses côtes, longue de six centimètres. Nombreuses veines dilatées ont été pincées. Division successive de la peau et des tissus aponévrotiques, péritoine pariétal incisé sur la sonde cannelée.

On arrive sur une masse dure et rouge, qu'on reconnaît comme étant le foie abaissé et non la vésicule dilatée. A un ou deux centimètres en dedans et à la partie inférieure de l'incision, on croit sentir la poche cherchée trop haut, mais ce n'est qu'un intestin distendu. On agrandit à petits coups l'incision jusqu'au voisinage de l'ombilic; finalement, elle décrit un arc de cercle de quinze à seize centimètres de long. Malgré cette étendue, elle ne donne pas beaucoup de jour, à cause de la présence du foie, qui en occupe la plus grande partie. Les surfaces incisées saignent abondamment, et l'on emploie un grand nombre de pinces à forcipressure. Les adhérences de l'intestin, qu'on a dû rompre, donnent aussi du sang; on les cautérise avec une sonde cannelée, chauffée au rouge sombre. Au dessous du point où s'est arrêtée l'incision première, on parvient à sentir la *tumeur* annexée au foie hypertrophié. La fluctuation étant nettement perçue, et par précaution, on explore avec le Dieulafoy. Il s'agit bien d'une tumeur biliaire.

Suture de la poche avec la paroi abdominale dans la partie inférieure de l'incision prolongée dans la région ombilicale. Deux rangs de suture à la soie à points séparés unissent la poche à la paroi abdominale et

circonscrivent un espace ovoïde très allongé pour la bouche biliaire à ouvrir.

Sutures très nombreuses fixant bien la vésicule à la peau et fermant complètement le péritoine. Puis aspiration lente du liquide afin d'éviter syncope. Cette précaution était d'autant plus indiquée qu'une anse intestinale était venue, dès le début de l'opération, faire hernie, et qu'on n'avait pu la réduire à cause de la tension de la paroi abdominale par le fait du volume extrême de la tumeur.

Après l'aspiration de un à deux litres de liquide, on put réintégrer l'anse intestinale, maintenue jusque-là enveloppée d'une compresse boratée. La présence du foie dans le champ de l'incision gêne singulièrement l'exploration de la surface et des connexions de la vésicule. L'exploration a donc été très incomplète. Pour la faire d'une manière satisfaisante, il faudrait ajouter une incision transversale de l'hypochondre à la région épigastrique et relever ce tablier de téguments recouvrant les régions épigastrique et ombilicale. L'opérateur recule devant un trauma pareil à cause de la cachexie du sujet.

On fait ensuite la suture enchevillée des 2/3 supérieurs de l'incision abdominale. Pendant ce temps, l'anse intestinale s'échappe encore ; nouvelle et assez laborieuse réduction. On achève la suture enchevillée qui réunit toute l'incision, moins cinq centimètres laissés ouverts en bas autour de la bouche biliaire et qui seront réunis à ses lèvres par un nouveau plan de sutures. On a assez de peine à serrer les fils métalliques de la suture enchevillée, la saillie du foie et la proximité du thorax ne permettant pas d'adosser aisément la surface péritonéale des lèvres l'une à l'autre. On y arrive cependant sans contusionner le foie et l'on s'assure que les fils sont bien noyés dans les chairs et ne touchent pas la surface hépatique. Incision de la vésicule, il s'écoule des flots de liquide verdâtre, plus épais que celui des ponctions, de couleur plus jaune par moments et surtout mélangé de gros flocons fibrineux. L'introduction de l'index dans la cavité biliaire permet de constater l'absence de calcul.

Le doigt semble se promener sur une surface tomenteuse, il se rend compte de l'épaisseur des parois qui restent tendues. Sur la coupe d'incision, les parois ont de 7 à 8 millimètres d'épaisseur. Bien qu'ouverte, la vésicule ne se rétracte pas, car une sonde en gomme plongée dans sa cavité s'y enfonce de 18 centimètres. On cherche vainement avec le doigt, avec la sonde, avec des cathéters, des stylets, une loge contenant un calcul ou l'orifice du cholédoque. Pendant toute la durée de cette exploration, le liquide a continué de couler en revêtant peu à peu une consistance crémeuse ; il est chargé de dépôts fibrineux grumeleux qui rappellent les exsudats péritonéaux et qui proviennent du fond de la vésicule où la pesanteur les avait rassemblés. Après cette recherche vaine de la cause de la rétention biliaire qui ne permet pas d'entreprendre l'excision de la vésicule hypertrophiée puisqu'on se croit en

droit d'affirmer l'imperméabilité de la voie d'écoulement de la bile (conclusion confirmée par l'autopsie), M. VINCENT achève la formation de la bouche biliaire qu'il s'était proposé de faire comme prélude à l'ouverture de la vésicule et qu'il eût supprimé si le rétablissement de la perméabilité du cholédoque lui avait permis de faire une cholécystectomie. Un second plan de sutures dont les anses séparées en fil de soie embrassent les trois tuniques, adosse et retrousse sur l'orifice cutané les bords de l'orifice biliaire. Ces sutures de bordage sont faites très régulièrement et disposées en anneau. La bouche biliaire siège un peu au-dessus de l'ombilic; elle est assez grande pour admettre l'index et l'exploration de la cavité. Aucune goutte n'a souillé la cavité péritonéale ni l'anse intestinale herniée (côlon). Deux gros drains réunis par une épingle de sûreté sont placés dans l'orifice de la bouche biliaire. Lavage de la poche à l'eau boriquée tiède, cette irrigation entraîne encore des quantités de grumeaux fibrineux, puis de la bile plus jaune. A la fin, le liquide revient par les drains en se teintant en rose. Pansement iodoformé.

Notons que le volume du foie manifestement hypertrophié, et très abaissé par le poids de la masse de liquide collecté dans la vésicule appendue à sa face inférieure, a rendu l'exploration difficile. L'exploration imparfaite, presque nulle, des contours de la vésicule, a nécessité la prolongation de l'incision obliquement jusqu'à vers l'ombilic. Cette hypertrophie, cet abaissement ont encore commandé le niveau très bas de la bouche biliaire. Une autre conséquence fâcheuse a été celle de rendre assez laborieux le rapprochement des lèvres de la partie supérieure de l'incision. La peau et partant la suture enchevillée étaient plus que modérément tendues au niveau du foie. L'opérateur s'est bien assuré, avant de tordre les fils, qu'ils ne touchaient pas la surface convexe du foie et que cet organe n'avait subi aucune attrition pendant le cours de l'opération et le passage des fils.

Suites immédiates. — Chute de la température, nuit bonne, urines biliaires, pansement taché par écoulement bilieux très abondant. Les jours suivants amélioration manifeste.

Le troisième jour, la région opératoire présente une couche de sang mal coagulé. On ne découvre pas la source de cette hémorrhagie, le sang ne coulant plus. Le cathéter pénètre dans un large canal (cystique ou hépatique) sans rencontrer *aucun calcul*.

Le 4^e jour, pansement également teinté de sang.

L'hémorrhagie chaque jour est assez considérable; on enlève les caillots et on ne trouve pas de source de cet écoulement sanguin. L'hémorrhagie ne vient pas de la poche, car le lavage ne ramène pas de sang. Les jours suivants hémorrhagies nouvelles, ne paraissant pas venir de la cavité vésiculaire. On pense bientôt que ce sont les points de suture qui donnent du sang. Malgré le pansement au pengavar, on ne peut obtenir de caillot obturateur. L'enfant saigne comme une hémor-

phile. Ce qu'on explique par l'hypothèse de Verneuil, sur l'influence hémorragique des maladies hépatiques. Le sang persiste toujours à s'écouler le long des fils que rien n'arrête, ni la glace, ni les hémostatiques, ni la compression.

Mort d'hémorrhagie le 10^e jour.

Autopsie. — Pas de péritonite. Nombreuses adhérences du sac biliaire, hypertrophie et abaissement du foie, absence de réunion de la moitié postérieure des lèvres et leur réduction en putrilage noirâtre non putride. Infiltration ecchymotique en nappe, à partir du bord de la plaie, entre le péritoine pariétal et le tégument musculo-aponévrotique. Érosion du foie de 2 millim. de profondeur, comblée par du sang. Le foie s'est usé contre les fils métalliques laissés à nu, consécutivement à la désintégration nécrobiotique des couches profondes, des lèvres et de l'incision pariétale sous l'étreinte de la suture enchevillée. Le foie s'est érodé contre eux, pendant les mouvements d'ascension et de descente, c'est de là que venait l'hémorrhagie.

Vésicule biliaire encore très volumineuse, 15 à 18 centim. de haut, 9 à 10 de large. Pas d'ulcération. Pancréas et duodénum accolés à son bord gauche. Deux loges dans la vésicule, l'une grande, l'autre petite. Le cholédoque, les canaux cystique et hépatique distendus et étalés ont contribué, en quelque sorte, à la formation du grand sac.

Pas de calcul, pas de lombrics, pas de vésicule hydatique, pas de tumeur. Perméabilité complète de la muqueuse.

La cholécystite a vraisemblablement maintenu la distension par le boursofflement de la muqueuse. Y a-t-il eu lombric, calcul, etc., à l'origine, l'hypothèse d'un spasme du cholédoque durant des mois n'est guère admissible. Lésions de cirrhose biliaire.

Nota. — L'incision *latérale*, au moins chez l'enfant, est mauvaise ; médiane elle eût évité le foie. Les parois vésiculaires sont surtout hypertrophiées dans leur tunique musculuse. On peut rapprocher ce fait de l'état de la vessie urinaire à la suite d'une rétention urinaire par hypertrophie de la prostate.

OBSERVATION LII. — 1890. BERGER.

Cholécystite suppurée, 1 litre de pus, débris calculeux, incrustations calcaires. — Cholécystostomie de Ransohoff. — Guérison avec fistule.

Bulletin de la Société de chirurgie, 1890, séance du 18 juin.

Homme entré le 6 février.

Antécédents. — Le malade souffre depuis plus de six ans de douleurs du côté droit du ventre. A cette époque, plusieurs accès de *colique hépatique* suivis d'*ictère*. Ces crises se sont supprimées, mais il

a vu survenir une *tuméfaction* de la région du foie avec *douleurs* vives et continues dans le flanc et l'hypocondre droit. Anorexie, amaigrissement, vomissements fréquents, fièvre vespérale, teinte subictérique, selles non décolorées. Jamais on n'y a trouvé de calcul biliaire.

Examen à l'entrée. — Affaiblissement, cachexie, tumeur de l'hypocondre droit occupant aussi le flanc droit et jusqu'aux limites de la région ombilicale et de la fosse iliaque. Fluctuation seulement à la partie inférieure.

Diagnostic. — Cholécystite calculuse.

Opération le 13 février 1890. — Ce qui se présente tout d'abord dans l'incision de la paroi fut la face supérieure du foie. Une ponction pratiquée sur elle ne donna issue à aucun liquide, mais en relevant le foie on découvrit bientôt la vésicule énormément distendue, ayant des dimensions *colossales*. Une ponction évacua du pus assez épais, près d'un litre de pus. La canule de l'aspirateur ne sentait pas le contact de calculs.

Adhérence de la vésicule à la face inférieure du foie dans une étendue considérable. On voyait de gros vaisseaux et un réseau vasculaire très riche se continuer de l'un à l'autre de ces organes, de telle sorte qu'une extirpation de la vésicule eût entraîné des délabrements et un écoulement sanguin considérables.

Je résolus donc de fixer le fond de la vésicule à la paroi, ce que je fis par un double plan de sutures comprenant le premier les séreuses, le second la muqueuse et la peau. Je ramenai et fixai l'épiploon autour de la vésicule ainsi rattachée à la paroi. Le reste de l'incision de celle-ci fut fermée.

La vésicule fut largement ouverte et explorée. Une pince peut être introduite à plus de 16 centimètres de profondeur sans en trouver le col; elle ramena des débris calculeux et une sorte de boue calculeuse que je cherchai à extraire le plus complètement possible.

Transversalement la vésicule paraissait avoir 12 centim. de large.

Suites immédiates. — Rétablissement rapide. Fistule donnant muco-pus, puis le 15 mars de la bile pure. La bile se montra par intervalle dans les pansements et parfois en grande abondance.

Suites éloignées. — Etat général parfait. A plusieurs reprises on put extraire de la vésicule des calculs et des fragments de calculs, leur extraction fut toujours suivie d'une issue plus abondante de bile par la fistule. Les explorations les plus minutieuses n'ont *pas permis de retrouver de calcul libre*, mais les parois de la vésicule présentent en plusieurs points des *incrustations* qui résistent même à des tentatives de curettage. Embonpoint. La vésicule mesure encore de 13 à 14 centimètres, de son fond à son col, et 6 à 7 centimètres transversalement.

Réflexions. — Pour la guérison, M. BERGER se demande s'il vaut

mieux laisser le malade avec son infirmité ou lui faire une cholécystectomie. Les adhérences constatées l'éloignent de cette dernière conduite, d'autre part l'état général reste suffisamment bon.

OBSERVATION LIII. — 1890. POLAKOFF.

Dilatation énorme de la vésicule biliaire. — Cholécystostomie en un temps, procédé de Ransohoff.

Medicinis Koe Obozrienie, t. XXXIV, 1890, n° 20, p. 670 (1)

G..., 11 ans.

Antécédents. — Le malade présente une tumeur dont le développement fut très rapide (6 mois). Pas de troubles du côté de la miction.

Examen à l'entrée. — Il existe une tumeur prenant naissance à la partie supérieure droite de l'abdomen, ayant repoussé les intestins à gauche et en bas et provoquant des accès énormes de suffocation.

Pas d'ictère. Coloration normale des matières fécales.

Diagnostic. — Kyste de la vésicule biliaire.

Opération. — Laparotomie. Issue d'un liquide jaune verdâtre épais, contenant des flocons blanchâtres. Drainage.

Suites immédiates. — Guérison après un mois.

Réflexions. — Ce qui rend cette observation intéressante, c'est le volume du kyste de la vésicule biliaire, il contenait quatre litres et demi de liquide.

OBSERVATION LIV. — 1889. HEUSSMER

Cholécystite. — Adhérences de la vésicule. — Cholécystostomie idéale de Bernays ou à sutures perdues. — Cholécystendyse (Courvoisier). — Guérison.

Voigt. Deutsch. med. Wochens., 1890, n° 34 (2).

F..., 21 ans.

Antécédents. — Souffre depuis neuf mois de douleurs violentes dans la région du foie revenant par accès et s'accompagnant d'un ictère léger.

Diagnostic. — Affection biliaire.

Opération. — On libère la vésicule de ses adhérences, on n'y trouve pas de calculs. Suture de la vésicule et abandon.

Suites immédiates. — Guérison.

(1) Observation due à l'obligeance de M. M. Baudoin.

(2) Observation due à l'obligeance de M. M. Baudoin.

OBSERVATION LV. — 1889. MAYO-ROBSON.

Cholécystite suppurée. — Pas de calcul. — Cholécystostomie (procédé de Sims) et fistule consécutive. — Cholécystentérostomie pour fistule. — Guérison.

On Gall stones and their treatment, 1 vol. London, 1892, p. 173 et 264.
et A Case of cholecystenterostomy med. chir. Trans. LXXIII, p. 61, 1892 (1).

Femme, 42 ans, entrée le 9 janvier 1888.

Antécédents. — La malade a été laparotomisée en 1887 pour un pyosalpinx. Quelques mois après elle commence à souffrir de la région du foie et constate la présence d'une *tumeur* de l'hypocondre droit, *douloureuse* à la pression. Bientôt des signes de péritonite, puis de jaunisse se déclarent et l'état devient assez grave pour nécessiter une opération d'urgence.

Diagnostic. — Tumeur de la vésicule.

Opération le 14 janvier. — Le ventre fut ouvert dans la partie supérieure de la ligne semi-lunaire droite et huit onces de pus fétide furent retirées de la vésicule. L'exploration des conduits faite avec le doigt et la sonde ne permit de découvrir *aucun calcul*. La vésicule fut suturée à la plaie abdominale et drainée.

Suites immédiates. — Pendant les premières vingt-quatre heures, le liquide s'écoule clair et muqueux, sans bile. Celle-ci apparaît le troisième jour et persiste sous forme de fistule biliaire ; la jaunisse disparaît, mais les gardes-robes restent décolorées.

Quoique sa santé fût bonne depuis quinze mois que sa fistule avait été créée, son état n'en était pas moins misérable. La cholécystentérostomie fut proposée pour détourner le cours de la bile. La malade y consentit.

Deuxième opération le 2 mars 1889. — Laparotomie sur l'ancienne cicatrice en prolongeant l'incision plus bas. La vésicule atrophiée et rétractée sur elle-même fut détachée de la paroi, mais les viscères voisins étaient tellement fusionnés ensemble qu'il parut impossible de fixer la vésicule au duodénum. Par contre le coude hépatique du côlon était parfaitement à portée, la vésicule y fut fixée par une double rangée de sutures au catgut. Un tube à drainage en verre fut placé dans la région du rein droit et ramené à travers l'extrémité inférieure de la plaie. La face antérieure de la vésicule laissa certainement s'écouler des liquides car le drain donna issue à de la bile pendant quelques jours après l'opération, puis à des matières fécales.

(1) Observation prise dans la thèse de Delaguière. Cholécystentérostomie. Thèse 1890.

Suites. — Le lendemain issue de la bile par le pansement indiquant une rupture des sutures de la vésicule. Deux jours plus tard, apparition de la bile simultanément par la plaie et dans les matières intestinales. Pendant quinze jours, décharge simultanée de la bile par les deux voies, finalement guérison de la plaie et fermeture de la fistule. Retour complet à la santé.

La cause de la fistule était probablement une rétraction du cholédoque.

OBSERVATION LVI. — 1893, WICKOFF.

Cholécystite sans calcul avec adhérence de la vésicule à l'épiploon. — *Cholécystostomie de Sims.* — *Cholécystentérostomie quelques jours après par Fraenkel.* — *Mort.*

Ein bertrag zur Gallenblazen chirurgie. In Wiener med. Wochens., n° 3, 19 janvier 1893, p. 39, 40, 41 (1).

H. . . , 62 ans, est admis à l'hôpital le 13 août 1892.

Antécédents. — Depuis trois ans, il souffre de *douleurs* sous forme de coliques sur la région du foie. Les accès d'abord isolés se produisent journellement. *Ictère.* Jamais de vomissements. *Pas de calculs* dans les selles.

Examen à l'entrée. — Pannicule adipeux assez riche. Poumons et cœur sains. Abdomen tendu non dilaté. Légère coloration ictérique. Foie dépassant le rebord costal de plus d'un doigt. On constate à la palpation, près du bord du foie, dans la région de la vésicule, la présence vague d'une surface ronde, résistante.

Diagnostic ?

Première opération, le 14 août. — Laparotomie. Ouverture de la vésicule. Cholécystostomie. Fixation dernière. *Pas de calcul.* Cholécystite et adhérences de la vésicule à l'épiploon.

Suites immédiates. — Premier jour état satisfaisant, bientôt perte d'appétit. Cholerrhagie, sécrétion exagérée de la bile, amaigrissement. Douleurs dans la région du foie. On résolut de pratiquer la cholécystentérostomie.

Deuxième opération, le 28 août. — Laparotomie sur la première incision en l'élargissant à gauche. On libère le côté de la vésicule formant une forte adhérence autour de l'ouverture de la fistule. Quelques adhérences du cholédoque à l'épiploon sont séparées à la main. Rafraîchissement de la fistule, on attire un repli intestinal au jour.

(1) Observation due à l'obligeance de M. M. Baudoin.

Suture sur une largeur d'un centimètre. Les couches muqueuse et séreuse de la fistule de la vésicule biliaire un peu ratatinée, sont suturées aux couches analogues de l'intestin incisé.

Fermeture de la plaie abdominale. Durée de l'opération, une heure 1/4.

Suites. — Dès deux heures de l'après-midi, l'état du malade s'aggrave. Pouls s'accélère, devient petit. Lavements nutritifs évacués au bout d'une heure, dans l'état où ils avaient été donnés.

Mort de collapsus à 9 heures 1/2, c'est-à-dire 10 heures après l'opération.

Autopsie. — Rien dans cette opération ne peut être cause de la mort. État du champ opératoire parfait. Le but visé, écoulement de la bile dans l'intestin grêle, avait été atteint. Mais il y a une pneumonie du lobe inférieur droit, avec pleurésie purulente faible. D'autre part, les couches graisseuses sont réduites au minimum, alors que l'individu possédait 14 jours auparavant une couche abdominale adipeuse. Donc il ressort que l'inanition et la complication pulmonaire ont été la cause de la mort.

OBSERVATION LVII. — 1894. ROGERS.

Cholécystite avec distension séreuse, pas de calcul.

Cholécystostomie puis cholécystentérostomie. — Guérison. — Mort ultérieure.

Distended gall Bladder cholecystenterostomy With Murph's Button. — The medical Fortnightly St-Louis, n° 3 = 1 february 1894, vol. V, p. 69. — Distension de la vésicule biliaire, cholécystentérostomie avec bouton de Murphy (1).

Homme, 55 ans.

Antécédents. — Cet homme souffrait de dyspepsie depuis des années. Douleur à la région pylorique, pas de fièvre. Affection prise par beaucoup de médecins pour un cancer du foie.

Examen à l'entrée. — Augmentation du volume du foie, pouls faible, amaigrissement.

Diagnostic? — L'auteur voulait une opération avant de se prononcer.

Opération. — Laparotomie. L'incision pratiquée permit l'accès de la vésicule biliaire. On évacua 420 grammes de bile. Cathétérisme du canal qui mène au duodénum. *Pas de calcul* ni d'excroissance. Suture de la vésicule à la peau dans l'espoir de pouvoir nettoyer complètement le canal à l'aide de lavages à l'eau chaude (voir travail de BAUDOIN sur infections dans les voies biliaires). Le malade était hors de danger au bout de quelques jours.

(1) Observation due à l'obligeance de M. M. Baudoin.

Deuxième opération nécessaire trois semaines après la première. L'absence de bile dans l'intestin avait provoqué du dépérissement. Union de la vésicule à l'intestin ou cholécystentérostomie avec le MURPHY.

Suites. — Le malade put retourner chez lui au bout de quatre semaines. Plus tard, il fut pris de dysenterie et mourut.

Réflexions. — Malgré cela, on peut dire que l'opération avait réussi et qu'elle pouvait être considérée comme nécessaire dans ce cas.

OBSERVATION LVIII. — 1893. ROSENTIRN.

Cholécysto-duodénostomie avec le Murphy. — Mort.

Pacific medical Journal San-Francisco, vol. XXXIV, 1893, juin, p. 348-351 (1).

Femme, 70 ans, entrée le 18 janvier 1893.

Antécédents. — *Jaunisse, coliques* hépatiques peu graves mais douloureux dans la région épigastrique. Attaques fréquentes suivies le lendemain de fièvre intense. On ordonne sel de Carlsbad, remèdes stomachiques, enfin tous les agents thérapeutiques nécessaires. Disparition de la fièvre.

Examen à l'entrée. — Très amaigrie. Cœur, poumons normaux. Foie insensible et peu augmenté de volume. Autres organes de l'abdomen normaux. Urines chargées de bile. Excréments couleur de boue. Peu d'appétit, mauvaises digestions.

13 février 1893. La malade va plus mal, on décide l'opération.

Diagnostic ?

Opération le 17 février 1893. On pratique une cholécystoduodénostomie avec le bouton de MURPHY. Le foie est normal.

Suites. — Mieux sensible, température normale. Au commencement de la seconde semaine la malade va plus mal. Mort le 5 mars.

Autopsie. — L'autopsie montra que la mort était due à ce que la vésicule biliaire avait cessé, après l'opération, de communiquer avec le duodénum.

OBSERVATION LIX. — 1884. LANGENBUCH.

Cholécystite chronique. — Cholécystectomie. — Guérison. — Mort ultérieure d'hémorrhagie cérébrale.

Berlin. Klinisch. Wochenschrift, 1884, n° 51-52 (2).

Homme.

Antécédents. — Souffrant depuis quelques années de *coliques biliaires* terribles et chez lequel le diagnostic avait été fait par des médecins

(1) Observation due à l'obligeance de M. M. Baudoin.

(2) Traduction personnelle.

compétents. La thérapeutique tout entière avait été essayée sans succès et le malade ne se consolait que grâce à la morphine. La morphinomanie venait encore aggraver sa maladie. Enfin le docteur LEWANDOWSKY, le médecin traitant, m'avait prié de venir voir avec lui ce malade et de l'opérer s'il le fallait.

Examen à l'entrée. — Le malade gardait le lit depuis longtemps ; il avait de fréquents accès de fièvre et des douleurs intolérables dans la région de la vésicule. Mais le ptosis et l'asymétrie faciale pouvaient faire songer à une affection cérébrale.

Diagnostic. — Affection calculeuse de la vésicule biliaire.

Opération. — L'opération se passa bien et la blessure se ferma normalement. Il n'y avait à la vérité *aucun calcul* dans la vésicule, mais des parois enflammées, épaissies.

Suites immédiates. — Les douleurs disparurent aussitôt après l'opération.

Suites éloignées. — Guérison. Quelque temps après la guérison complète, mort d'une hémorrhagie cérébrale.

Autopsie. — On trouva comme cause de la mort un tubercule caséux du plexus choroïde gauche et on reconnut en ouvrant l'abdomen que la cicatrisation avait évolué très normalement.

OBSERVATION LX. — 1885. PÉAN

*Cholécystite purulente avec abcès paravésiculaire. — Distension. —
Cholécystectomie. — Guérison.*

Cliniques de Péan, n° 755.

F..., 55 ans.

Antécédents. — Réglée à 15 ans. Deux enfants mort-nés il y a 36 ans. Obèse. Santé épuisée par l'inconduite et par de vives douleurs datant de deux ans et s'étendant de la vésicule biliaire aux régions lombaire et sous-claviculaire.

Examen à l'entrée. — Tumeur située au-dessous de la paroi abdominale et du rebord des fausses côtes droites, du volume d'une tête de fœtus à terme, demi-solide, demi-liquide, fluctuante, simulant un sarcome kystique. En présence d'une autre tumeur squirreuse circonscrite du sein, nous craignons qu'il ne s'agisse d'un sarcome kystique du bord inférieur du foie et nous n'intervenons que sur la volonté expresse de la malade. Pas d'ictère.

Diagnostic. — Sarcome du foie.

Opération 1885. — Incision verticale de la peau remontant à 6 centimètres au-dessus des côtes, passant au niveau de la vésicule biliaire et descendant au niveau de l'ombilic. Incision des muscles et du péritoine depuis le dernier côté jusqu'à l'angle inférieur de la plaie cutanée.

Le péritoine ouvert, on voit la tumeur qui est constituée par la vésicule entourée d'un foyer de péritonite enkystée situé au-dessous d'elle, haut de 10 centim., formé par la paroi abdominale, la face inférieure du foie et l'intestin. La vésicule dilatée, ponctionnée par un gros trocart, contient un litre de liquide épais jaunâtre, formé par de la bile mélangée de sérosité. Dès qu'elle est vidée, nous voyons ses parois formées par une tunique jaunâtre assez analogue à celle qu'on trouve à l'état normal et par une tunique sclérosée, épaisse d'un demi à deux centimètres, suivant les points.

Le doigt et la sonde, introduits dans son intérieur, ne rencontrent *pas de calcul* et laissent croire que son conduit extérieur est oblitéré ou rétréci. J'incise le fond de cette vésicule dilatée et je reconnais que sa paroi externe est liée au foyer de péritonite enkystée par un cordon fibreux, épais, ancien, par lequel il a sans doute communiqué autrefois avec la vésicule, attendu qu'il se rend jusqu'à la muqueuse, recouverte à ce niveau d'un dépôt jaunâtre, plus épais que sur les autres points. Je coupe ce cordon et j'enlève, par dissection, toute la vésicule en prenant les plus grandes précautions pour ne pas blesser le tissu du foie, et pour ne pas ouvrir le foyer de péritonite enkystée, situé du côté opposé. J'enlève ensuite, par grattage et avec douceur, l'autre fausse membrane qui tapisse le foyer de péritonite, et je reconnais de la sorte qu'il ne contient *pas de calcul*. Ceci fait, je lie avec un fil de soie phéniqué la vésicule près du cholédoque et je réduis ce petit pédicule, je suture les lèvres du foyer de péritonite enkystée à celles de la portion centrale de la plaie abdominale, de façon à y placer deux gros drains à demeure, et je ferme le reste de la plaie par des sutures superficielles et profondes. Durée une heure.

Suites immédiates. — La plaie évolue normalement et la malade guérit.

Suites éloignées. — Guérison. L'examen histologique a montré que le liquide séreux, jaunâtre, un peu verdâtre, extrait de la vésicule, contenait des leucocytes nombreux.

OBSERVATION LXI. — 1887. THIRIAR

Vésicule douloureuse. — Cholécystectomie. — Guérison.

Congrès français de chirurgie, séance du 13 mars 1888.

F..., 30 ans.

Antécédents. — Fièvre typhoïde; souffre depuis six ans de violentes douleurs dans l'hypocondre droit, douleurs suivies de vomissements

bilieux et de diarrhée abondante. La première crise remonte au 10 janvier 1881. Les narcotiques eurent raison en quelques heures de cette première crise. Le lendemain, *ictère* prononcé, qui disparut au bout de quelques jours. A partir de cette époque, les douleurs revinrent tous les quinze jours environ, durant deux ou trois jours, et suivies d'ictère durant quatre à cinq jours. Tous les médecins diagnostiquèrent colique hépatique. Toutes les médications furent vaines. *Jamais de calcul* dans les selles. J'engageai la malade à tamiser ses selles; cet examen fut fait après les crises, mais il n'eut aucun résultat. Dans la nuit du 24 au 25 janvier dernier, crise épouvantable, ictère consécutif plus intense. Nouvelle crise aussi violente vers le milieu de juillet.

Examen à l'entrée. — Foie douloureux, dépassant la ligne médiane de dix centimètres. La région de la vésicule est très douloureuse à la pression; elle est le siège de douleurs sourdes qui empêchent la malade de dormir. Selles régulières, urines jaune brunâtre.

Opération 23 juillet 1887. — Incision d'environ dix à douze centimètres le long du bord *externe* du muscle droit, pour produire le relâchement de ces muscles. La cavité abdominale ouverte, le côlon, qui se présentait à l'ouverture, fut refoulé en bas; j'aperçus le fond de la vésicule. Celle-ci était englobée et maintenue dans une espèce de manchon formé par le foie et le duodénum, auxquels elle adhérait intimement. Prudemment, je commençai la dissection au moyen de ciseaux courbes. Les adhérences étaient fibreuses, résistantes, criaient sous l'instrument. Après avoir détaché la vésicule du foie dans la moitié à peu près de ses attaches, je fixai une pince sur la vésicule afin de pouvoir manier l'organe plus aisément et je m'occupai de la dissection du duodénum. Ce fut là la partie ardue difficile de l'opération. Les adhérences étaient intimes, le duodénum fut dénudé et privé de sa séreuse dans une étendue relativement grande. La vésicule fut séparée complètement du foie, une artériole qui donnait fut pincée et liée et une pince courbe vint bientôt enserrer le col de la vésicule. Le canal cystique fut alors lié au moyen d'un solide fil de soie tressée, une petite éponge fut placée afin de recueillir la moindre gouttelette de bile et la vésicule fut enlevée d'un coup de ciseaux. Une grosse éponge trempée dans une solution de sublimé au millième et montée sur une longue pince fut alors laissée à demeure pendant quelques minutes sur le champ opératoire. Je procédai à une toilette sommaire des anses intestinales. L'éponge enlevée, la plaie abdominale fut réunie, le péritoine d'abord, les autres plans ensuite. Pansement au sublimé. Durée 1 h. 20. La vésicule enlevée était très petite, renfermait peu de bile. *Pas de calcul*. Les parois étaient légèrement épaissies.

Suites immédiates. — Anodines. Quelques vomissements d'abord, 38° 4. La malade se lève le 3 août et commence à marcher. Depuis, aucune douleur.

Suites éloignées. — Guérison parfaite. En janvier, elle a augmenté de 10 kilog.

Réflexions. — Je me suis demandé s'il n'existait pas de vésicules irritables au même titre qu'il existe des vessies douloureuses et irritables. Dans ce cas, un petit calcul, un peu de mucus peut déterminer des coliques hépatiques très fortes et on ne retrouve aucune pierre dans les selles. Pour la cystite douloureuse, on fait aujourd'hui couramment la cystostomie sus-pubienne ou périnéale, et il est possible que si on pouvait enlever la vessie sans inconvénient, on aurait eu recours à ces ablations pour remédier à ces douleurs si intenses. Le cholécyste ne sert à rien dans l'économie, on peut l'enlever sans inconvénient et si l'on parvenait à démontrer l'existence de ces cholécystites douloureuses, de vésicules irritables, les indications de la cholécystectomie s'étendraient singulièrement. Il faudrait, en raison de son innocuité, y avoir recours pour remédier aux crises douloureuses dont le point de départ serait l'irritabilité de la vésicule.

OBSERVATION LXII. — 1890. PROEGER

Cholécystite. — Colique biliaire. — Péritonite localisée. — Cholécystectomie. — Mort. — Bon résultat opératoire, mais la malade fut tuée par une dose excessive de morphine donnée contrairement aux ordres de l'opérateur.

Montreal medical Journal, 1889-90, XVII, p. 801, 805, lue devant la Société médicale de Montréal, 1890.

F..., 68 ans.

Opération le 26 janvier 1890. — L'opérateur voulait faire la cholécystostomie, mais se décida au cours de l'opération pour la cholécystectomie. Voici quelles furent les raisons qui l'engagèrent à procéder ainsi. Il n'y avait pas d'adhérences entre le fond de la vésicule et la paroi abdominale, mais la vésicule était solidement fixée au foie et au pylore. Cet état, joint à des signes de péritonite localisée, fit considérer comme probable ou possible une infiltration de bile venant de quelque point du col de la vésicule. L'état de la vésicule biliaire distendue et repliée sur elle-même en forme de cornemuse parut rendre impossible un drainage convenable. Enfin ses parois étaient trop minces pour être suturées à la plaie en toute sécurité.

Suites immédiates. — La malade promettait de s'améliorer, mais elle fut tuée par une dose excessive de morphine, donnée malgré les ordres de l'opérateur.

OBSERVATION LXIII. — 1890. KUMMEL-HERMANN

Cholécystite purulente. — Empyème. — Cholécystectomie. — Extirpation facile, aucun calcul. — Guérison.

Zur chirurgie der Gallenblase Deutsch med. Wochenschrift, 1890, n° 12, p. 139. Communication au *Congrès de Hambourg*, 1890 (1).

Femme W..., 26 ans.

Antécédents. — Avait eu à plusieurs reprises des coliques hépatiques graves. Ictère.

Examen à l'entrée. — Présente tous les symptômes d'un ictère grave. *Douleurs* à la pression dans la région du foie qui s'accroissaient chaque jour d'une façon intolérable. La coloration *jaune* des téguments ne disparaissant pas à la suite d'un traitement médical de plusieurs semaines, le dépérissement rapide et l'ascension thermique vespérale continuant, l'opération fut décidée.

Diagnostic. — Affection biliaire calculeuse.

Opération 1890. — Laparotomie. On trouve la vésicule distendue par un contenu puriforme assez volumineux. L'extirpation de la vésicule se fit sans difficulté. *Aucune trace de calcul* attendu. Les canaux cystique et cholédoque étaient complètement libres. On ferma la plaie.

Suites immédiates. — Persistance de l'ictère pendant quelque temps, ainsi que de la fièvre, puis tous ces symptômes disparurent, et dix jours après la malade se remettait. L'appétit devint extraordinaire, allant jusqu'à la voracité. La malade ne commence à engraisser qu'au bout de trois ou quatre semaines, fait constaté par Credé, et commence à faire de grands progrès.

Suites éloignées. — Cette petite femme florissante a augmenté de quarante livres pendant ces dernières semaines. Elle se trouve maintenant très bien et s'occupe de son ménage sans fatigue.

OBSERVATION LXIV. — 1894. CZERNY-MERMANN.

Ictère incomplet. — Aucun calcul. — Adhérences puissantes. — Cholécystectomie. — Récidive après quatre semaines. — Libération opératoire consécutive des adhérences, perforation spontanée et écoulement de bile au dehors. — Amélioration.

Beitrag zur chirurgie der gallenwege, p. 355, XIII. Beitrag zur Klinisch, chirurgie, 1895 (2).

H..., serrurier, entré le 9 avril 1894.

Antécédents. — Tuberculose héréditaire, a eu lui-même, à plusieurs

(1) Observation due à l'obligeance de M. M. Baudoin.

(2) Traduction personnelle.

reprises, des hémoptysies. Depuis trois ans, il souffre de gastralgie avec sensation de plaie dans l'estomac, accompagnée de vomissements muco-biliaires et crampes dans le pied gauche. Ces jours derniers survinrent des *douleurs* stomacales et dans l'hypocondre droit. Les crises se rapprochèrent pendant lesquelles la température monta à 39° et 40°. Il y eut d'abord *ictère* qui augmenta rapidement. La recherche des calculs dans les selles fut négative.

Examen à l'entrée. — *Ictère* assez prononcé, amaigrissement. Foie non augmenté de volume. Aucune résistance normale de la vésicule, pas de sensibilité à la pression. Selles brunes, urines ictériques. Dans l'intervalle de 24 heures, trois violentes coliques hépatiques.

Diagnostic. — Cholécyстите chronique, rétraction de la vésicule sur les calculs biliaires avec occlusion incomplète du cholédoque, probablement par tuméfaction de la muqueuse.

Opération, 12 avril 1894. — Incision oblique depuis le rebord costal droit vers l'ombilic. Le foie est assez éloigné et ne peut être dégagé de l'épiploon, de l'estomac et du côlon. C'est seulement après la séparation d'adhérences très nombreuses et épaisses qu'on réussit à apercevoir la vésicule rétractée, de l'épaisseur du doigt. Pendant les tentatives de libération d'avec le foie, il se produit une hémorrhagie du parenchyme dont on vient à bout par le tamponnement. La vésicule se déchire un peu par son fond et il s'écoule un peu de mucus de coloration biliaire. Le cathétérisme pratiqué dans les canaux n'indique *aucun calcul*, dans le cholédoque il n'y a aucune rétention. Le col de la vésicule fut transpercé, lié de chaque côté, puis réséqué en avant de la ligature. La cavité péritonéale fut fermée par des sutures à la soie.

La surface avivée du foie fut suturée avec deux points de suture à la soie puis recouverte par un tamponnement à la MICKULITZ. Fermeture de la paroi jusqu'au tamponnement à la manière de SPENCER-WELLS. Durée de l'opération, deux heures. La paroi de la vésicule enlevée était épaisse de 5 millim. et résistante. La surface de la muqueuse était granuleuse, l'organe en entier avait 5 centim. de long.

Suites immédiates. — Apyrexie. Le troisième jour, le tampon imprégné de bile fut enlevé. Les coliques disparurent complètement, l'ictère rétrocéda rapidement. Il persistait encore une sécrétion de bile par la plaie tamponnée à la gaze iodoformée avec plusieurs intermittences par jour pendant trois semaines, puis la plaie se ferma et donna une cicatrice linéaire. Moins de quatre semaines après l'opération, le malade était revenu en meilleur état et retourna amélioré chez lui sans ictère ni douleur.

Suites éloignées. — Malheureusement l'amélioration ne dura pas. Les crampes de l'estomac revinrent comme auparavant avec vomissements mais sans ictère et sans décoloration des matières. Lorsque le

malade se fit recevoir de nouveau, le 25 juin 1894, il n'avait pas d'ictère, le côlon ascendant se ballonnait à la suite des crises.

Dans le but de libérer les adhérences supposées, qui paraissaient être cause des douleurs, le ventre fut réouvert dans la cicatrice et on constata bien la présence d'adhérences réunissant le côlon transverse avec la face inférieure du foie. La plaie fut de nouveau refermée, mais après cette manœuvre, il n'y eut aucune amélioration appréciable jusqu'au douzième jour, où la cicatrice se réouvrit à sa partie moyenne pour donner issue à une sécrétion épaisse, brune, formé de pus mélangé de sang, provenant de la partie biliaire enlevée. Dès lors, les coliques disparurent, le soulagement subjectif fut grand. L'écoulement biliaire, par la fistule, disparut deux semaines après. Le malade repartit. Il ne persiste maintenant qu'une tendance à la constipation.

Réflexions. — L'explication de ce cas est difficile. On ne trouva aucun calcul, ni dans les voies biliaires, ni dans la partie enlevée et cependant le cholécyste rétracté s'explique seulement par les adhérences nombreuses. Et cependant comment expliquer l'ictère intense; il peut encore s'expliquer sans calcul par une cholédocite étalée ou par un pli du cholédoque par des adhérences.

OBSERVATION LXV. — 1892. LAMBOTTE.

Cholécystostomie. — *Cholécystentérostomie consécutive pour la cure de la fistule.* — *Guérison.*

Journal de médecine de Bruxelles. Juillet 1892.

Femme, 25 ans.

Antécédents. — Crises hépatiques. Jamais on n'avait constaté de calcul dans les selles. *Ictère.*

Examen à l'entrée. — Vésicule non distendue mais ictère intense. L'état général devenant très grave, on intervint.

Diagnostic. — Affection calculeuse biliaire.

Opération 1892. — La vésicule était petite, contenait un liquide clair, filant, sans trace de bile. On pratiqua une fistule cysto-cutanée; nulle part on ne constata l'existence de calcul.

Suites immédiates. — Vers le huitième jour, un peu de bile vint souiller le pansement, cet écoulement persista et tous les signes graves disparurent. La quantité de bile perdue a été évaluée par jour à 350 grammes.

Suites éloignées. — Un an après, malgré la perte par la fistule d'une grande quantité de bile, la santé était excellente et pour guérir cette

fistule biliaire, LAMBOTTE créa une fistule intestinale sur le gros intestin, immédiatement à côté de la fistule biliaire. Quelque temps après les deux fistules sont traitées par le procédé de DUPUYTREN dans l'anus contre nature, une pince de PÉAN comprime l'éperon qui sépare les deux fistules. Les tentatives faites pour oblitérer la seule fistule persistante furent vaines, la bile s'écoulait toujours au dehors; ce qui fut attribué à la pression intra-intestinale. Alors on imagina d'introduire un drain qui de la vésicule pénétrait dans le côlon et sortait par l'anus. Le drain, long de un mètre sur huit millimètres de large, fut introduit dans le côlon; l'extrémité supérieure fut fixée dans la vésicule. Par l'effet d'un purgatif, le drain se déroula dans l'intestin et sortit par l'anus. Toute la bile suivit ce trajet, la fistule fut desséchée. Quelque temps après, on enleva la suture qui retenait l'extrémité supérieure du drain et celui-ci fut expulsé par l'anus. La malade est complètement guérie et n'éprouve aucun inconvénient de l'abouchement de la vésicule dans le côlon.

OBSERVATION LXVI (personnelle inédite). — 1895. QUÉNU.

Cholécystite chronique non calculeuse. — Cholécystectomie. — Guérison complète.

A... Alexandrine, 52 ans, blanchisseuse, entre le 9 mai 1895 à l'hôpital Cochin, pavillon Pasteur, service du D^r QUÉNU.

Antécédents. — Cette malade *souffre* depuis une douzaine d'années de douleur vague dans l'abdomen, douleur persistante, mais n'affectant jamais le caractère de crise, douleur diffuse, mais avec prédominance du côté droit. Ce qui domina surtout, ce fut la fréquence des *vomissements alimentaires*, abondants, et survenant indifféremment pendant ou dans l'intervalle des digestions; avec cela, état nauséux perpétuel. Il n'y eut jamais d'ictère, ni de décoloration des matières, jamais d'hématémèse ni de mélœna. Elle ne remarqua jamais l'existence de calcul dans les selles.

Un mois avant son entrée, les douleurs prirent tout à coup une vive intensité, s'accompagnant de frissons et de fièvre avec irradiation dans le dos et dans tout le flanc droit. Les vomissements atteignirent alors une fréquence de vingt par jour, puis la malade reconnut elle-même l'existence d'une petite *tumeur* bien nette, sous les fausses côtes droites. Cette tumeur l'engagea à entrer à l'hôpital.

Examen à l'entrée. — Femme petite, fortement amaigrie, du poids de 40 kilogr., pâle, mais non ictérique. Pas d'ictère ni sur la peau, ni sur les muqueuses. Vers la partie moyenne du rebord costal droit, on découvre en effet à la palpation, une petite *tumeur* du volume d'un œuf environ, assez régulièrement arrondie et lisse sur sa surface. Cette

tumeur profonde est absolument indépendante des téguments de la paroi sous laquelle on la mobilise aisément, il est difficile de préciser ses connexions profondes. On peut remarquer qu'elle ne suit pas les mouvements de la respiration. Par son extrémité la plus large, elle répond au bord droit du muscle droit, son grand axe paraît vertical. A la pression elle est le siège d'une certaine sensibilité. Actuellement peu ou pas de douleurs spontanées, c'est plutôt une simple gêne, mais les vomissements sont fréquents, au nombre de 15 au moins par vingt-quatre heures, très abondants et purement alimentaires. L'estomac est largement dilaté, clapote à la succussion. L'appétit néanmoins est resté suffisant, les selles régulières, malgré quelques alternatives de constipation et de diarrhée. Déplacement du rein du côté droit mis en évidence par le ballotement (on reconnut à l'opération qu'il s'agissait du lobe droit du foie). La malade est maintenue pendant quelques jours en observation et l'on put constater que la tumeur n'était appréciable qu'à certains moments, ce qui s'explique par l'état de vacuité ou de plénitude du côlon qui la recouvrait. ●

Diagnostic. — On pensa pendant quelques jours à un néoplasme du pylore, ce que semblait motiver la dilatation stomacale, l'âge, l'état cachectique de la malade, le siège de la tumeur. Puis la régularité de la tumeur, sa rénitence font incliner vers l'hypothèse d'une affection de la vésicule biliaire, malgré l'absence de coliques hépatiques, d'ictère et de calcul dans les selles. Enfin, M. QUÉNU porte le diagnostic de *cholécystite chronique*.

Opération le 30 mai 1895. — Laparotomie latérale droite au niveau du bord droit du muscle droit. L'incision mesure 15 centimètres environ.

Le ventre ouvert, on constate que quelques adhérences recouvrent la vésicule biliaire, adhérences du bord droit de l'épiploon au foie, adhérences du côlon et de la première partie du duodénum à la face inférieure de la vésicule. On dissèque quelques-unes de ces adhérences et on découvre la vésicule qui est explorée, ainsi que le canal cystique et le chodéloque. Nulle part, on ne perçoit *la moindre trace de calcul*. Aucune induration n'est appréciable du côté de la tête du pancréas. Le foie est de couleur et de dimensions normales. Seule la vésicule paraît manifestement altérée; elle est le siège d'une double *induration en plaque*, située l'une sur la face droite, l'autre sur la face gauche dont les limites sont absolument diffuses; les parois sont également épaissies dans le reste de leur étendue. Dans la pensée qu'il s'agissait soit d'un néoplasme de la vésicule, soit d'une cholécystite chronique, on décide de faire la cholécystectomie.

La dissection des adhérences est continuée; quelques-unes donnent un écoulement sanguin peu important qui nécessite une hémostase soignée. Après dissection de tout un magma épiploïque, le duodénum,

le coude du côlon et la vésicule biliaire se trouvent réciproquement libérés. Puis la vésicule est séparée de sa loge cystique, ce qui donne lieu à une très légère hémorrhagie en nappe. Ce décollement est poursuivi jusqu'au canal cystique qui sert de pédicule et sur lequel on applique deux pinces à mésentère entre lesquelles section est faite. Ainsi la vésicule fut enlevée, *en un seul fragment* et sans avoir été ouverte ni ponctionnée, toute pleine de son contenu. Ligature du pédicule cystique à la soie. Cautérisation de ce pédicule au thermocautère. La surface du décollement hépatique, loge cystique cruentée, est fermée par huit points de suture séro-séreuse à la soie fine (sutures de Lembert); sutures qui réunissent les lèvres péritonéales éloignées de cette surface cruentée. Enfin on procède à l'établissement d'une loge formée par la suture du bord droit de l'épiploon et des débris cellulieux voisins, péritoine pariétal, loge qui ferme complètement la grande cavité péritonéale. Le pédicule cystique est fixé contre le péritoine pariétal (cysticopexie) par deux points de suture. Au centre de la loge de nouvelle formation est placé un drain volumineux entouré d'une lame de gaze iodoformée et le reste de l'incision abdominale est suturée sur trois plans.

Suites immédiates. — Elles sont marquées par une ascension thermique le lendemain (39°,3) mais la température descend rapidement à la normale en quelques heures. Dans le pansement qui est fait 24 heures après l'opération, on trouve un peu de sérosité claire non bilieuse. L'état général s'améliore dès le surlendemain par suite de la cessation des vomissements. Ceux-ci disparaissent bientôt complètement. Lorsqu'on enleva les fils le 10 juin, la plaie était complètement refermée et il n'y avait pas trace de fistule.

Suites éloignées. — La malade revue le 16 décembre 1895, six mois après l'opération, se trouve parfaitement bien portante, elle ne ressent plus aucune douleur, enfin les vomissements dont elle souffrait depuis dix ans n'ont pas reparu une seule fois depuis que la vésicule biliaire est enlevée. La cicatrice est parfaitement solide et complètement indolente.

Examen bactériologique. — Le contenu de la vésicule, recueilli en pipette stérile après cautérisation de la surface au thermocautère est ensemencé sur deux tubes de gélose et deux tubes de bouillon. Tous ces milieux restent absolument stériles.

Examen macroscopique. — La vésicule biliaire, de dimensions normales, offre des parois extrêmement épaissies, sauf au niveau du fond qui seul a conservé une certaine souplesse. Il existe notamment deux indurations au niveau de chaque face latérale complètement rigides et se continuant avec les régions environnantes sans limite précise. A ce niveau l'épaisseur de la paroi est de un centimètre. La surface interne est partout d'apparence normale sauf au niveau des plaques latérales

où la couleur plus foncée semble indiquer une desquamation épithéliale. L'apparence est celle d'une ulcération tapissée par une couche noirâtre de caillot sanguin, assez fortement adhérente.

Le canal cystique est perméable, mais on y trouve une sorte de fausse membrane jaunâtre, véritable moule cystique de consistance molle et visqueuse. Le contenu est hématique et ne ressemble nullement à la bile.

Examen histologique a été donné dans le texte, voir la planche.

OBSERVATION LXVII. — 1888. RIEDEL.

*Cholécystite, paroi sarcomateuse — Cholécystostomie en deux temps.
Guérison avec fistule.*

Berliner, Klinick. Wochenschrift, 1888 (1).

Femme, 56 ans, entrée le 29 mai 1888.

Antécédents. — Se plaint depuis deux mois d'inappétence et de douleurs fréquentes. L'exploration montra que la partie droite et supérieure de l'abdomen proémine vers le milieu. La palpation permit de reconnaître sous le foie, augmenté de volume, une *tumeur* saillante piriforme, très douloureuse à la pression. La malade souffrit d'une violente entérite profuse avec diarrhée fréquente qui disparut après huit jours. Quelques jours plus tard, des douleurs se déclarèrent dans la région inférieure du ventre, qu'on pouvait prendre de temps à autre pour des coliques. Evacuations pâles, urine louche, manque d'appétit et faiblesse.

Examen à l'entrée. — Cette femme paraissait souffrante, mais non ictérique ; les douleurs, qui ne tardèrent pas à apparaître, n'avaient pas la même intensité qu'auparavant. La tumeur envoyait par sa partie médiane un prolongement superficiel dans le voisinage de l'ombilic. A partir de là, une gouttière s'était formée et se dirigeait vers l'épine iliaque antéro-supérieure droite. Il était évident que la partie supérieure de cette gouttière était un prolongement hépatique sous lequel se trouvait la vésicule biliaire volumineuse, singulièrement dure et dense.

Une grande incision exploratrice fut faite le 31 mai, mais elle ne donna pas de renseignements suffisamment certains.

Diagnostic. — Dilatation de la vésicule biliaire.

(1) Traduction personnelle. Cette observation est regardée par quelques auteurs comme un sarcome de la vésicule. Comme les inoculations n'ont pas été pratiquées, il est bien plus vraisemblable qu'il s'agissait de tuberculose ; cette dernière étant moins rare dans les voies biliaires que les sarcomes dont l'existence est encore à prouver.

Opération le 31 mai 1888. — Aussitôt après l'ouverture de la cavité abdominale, il s'écoula beaucoup de sérosité, ce qu'on n'avait soupçonné jusqu'ici. L'épiploon était intimement adhérent avec la tuméfaction, mais singulièrement friable, légèrement œdématié. La paroi de la tuméfaction d'un gris variable était également friable au point de rendre la suture difficile.

La malade vomit beaucoup et longtemps après l'opération. A la seconde opération, le 5 juin 1888, on reconnut que la plaie était obstruée par l'épiploon hernié. Il fallut fixer la vésicule par de nouvelles sutures, et pour ne pas faire une troisième opération, la vésicule fut ouverte de suite. Elle était épaisse de 5 millim. ; on arriva dans une cavité remplie de sérosité. La tumeur était bourrée de *matière caséuse*, la cavité était seulement des dimensions d'une petite pomme. On n'y trouva pas de calcul.

L'examen microscopique des fragments enlevés montra qu'il s'agissait probablement de sarcome dégénéré.

Suites immédiates. — Au premier pansement, il n'y avait pas de bile ; la malade se plaignit le 10 juin d'inappétence comme avant l'opération. La tumeur diminua de volume. Cela donne à penser que l'exploration a été de quelque nécessité, ainsi que la suture de la vésicule à la paroi.

Guérisson avec fistule, la malade est encore en traitement en 1890.

OBSERVATION LXIX. — 1891. CZERNY-NERMANN

*Cholécystite tuberculeuse avec fistule. — Dilatation de la fistule.
Curettage*

Tuberkulose Cholecystitis mit spontaner bauchwand fistelbildung. Dilatation der fistel. Ausschabung. Cas n° 25, p. 371
Beitrag z. Klinis. Chirurg. XIII, 1895 (1)

F..., 44 ans, briquetière, entrée le 11 juillet 1891.

Antécédents. — Tuberculeuse à un haut degré ; atteinte depuis six mois d'un abcès de la paroi abdominale du côté droit, qui fut incisé par un médecin et donna beaucoup de pus. Depuis, il se produisit en cette place une *fistule*. La tuméfaction se renouvela depuis un mois à la même place, et c'est ce qui l'amène à la clinique. Jamais il n'y eut de douleurs dans la région du foie ou de la vésicule.

Examen à l'entrée. — On ne trouve aucune autre trace de tuberculose ; il existe une tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant en

(1) Traduction personnelle.

connexion avec le foie et du côté droit, qui atteint par son extrémité convexe la ligne de l'ombilic et de l'hypogastre; rectiligne transversalement, mobile quelque peu autour de son point fixe supérieur. La peau n'est adhérente à la paroi qu'au voisinage de la fistule, qui sécrète du pus en abondance.

Diagnostic. — Cholécystite tuberculeuse.

Opération, 18 septembre 1891. — Une fente verticale de la fistule conduit librement dans une cavité granuleuse sous-cutanée de laquelle un trajet fistuleux conduit dans la grosse tumeur, mais sans admettre la sonde jusque-là. Incision de ce trajet jusqu'au voisinage de la première fistule. Après l'évacuation de deux cuillerées de pus caséeux, on arrive dans une cavité sous-jacente, connexe, ressemblant à la vésicule par sa forme et dont les parois sont épaissies, enflammées. Curettage des granulations avec une curette puissante. Tamponnement avec de la gaze au chlorure de zinc au 10/100.

Suites. — Le deuxième jour tamponnement à la gaze iodoformée. La malade quitte avec sa fistule.

Réflexions. — Par ce fait que les cas de tuberculoses primitives des voies biliaires sont très rares, j'ai cru bon de décrire brièvement celui-ci, bien qu'il n'ait rien à voir avec la lithiase. Malheureusement le diagnostic histologique n'a pas été fait, ni l'examen bactériologique. Cependant le caractère des granulations et du pus, l'infiltration de la paroi, la nature du pus, tout à fait différente du pus des cholécystites, donnent à penser qu'il s'agit de tuberculose.

CONCLUSIONS

Voici en quels termes je formulerai les conclusions, et résumerai les principaux points établis dans ce travail.

PRÉLIMINAIRES

1° Toutes les Angiocholécystites, quel qu'en soit le contenu, séreux, hématique, muco-purulent ou purulent, sont dans leur nature et par définition des lésions essentiellement *infectieuses*. Contre cet énoncé, ne sauraient prévaloir quelques exceptions : Dans deux cas d'empyème de la vésicule (Girode — fait personnel, décembre 1894) ; dans un cas d'hémato-cholécystite (obs. personnelle), le contenu était *bactériologiquement aseptique*. Ceci prouve seulement que l'exsudat était dépourvu de micro-organismes au moment de l'opération, mais ne démontre nullement qu'il n'y ait pas eu de bactérie antérieurement ni qu'il ne dût plus y en avoir par la suite. — Donc ces constatations négatives ne sauraient en aucune façon atténuer la portée de la proposition générale, à savoir que toutes les angiocholécystites sont infectieuses, qu'elles soient d'ailleurs calculeuses ou non.

Dans cette étude, consacrée aux angiocholécystites non calculeuses, c'est à la *pathogénie* ou, à son défaut, à l'*anatomie pathologique* que je me suis efforcé de demander les bases d'une classification dont s'accordent la clinique

et le traitement médical ou chirurgical. Ainsi ce travail comprend deux parties bien distinctes :

I° *Les Infections de l'arbre biliaire principal.*

II° *Les Infections de l'arbre biliaire accessoire.*

Les premières se divisent en :

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| A. <i>Infections radiculaires.</i> | } | Cirrhoses hypertrophiques. |
| | | Congestions et hypertrophies du foie (foie infectieux). |
| B. <i>Infections ramusculaires.</i> | — | Angiocholite. |
| C. <i>Infections tronculaires.</i> | — | Cholédocite. |

Les secondes se subdivisent par ordre de virulence décroissante en :

- | | | | |
|-----------------------------------|-------|------------------------------------|-------------------|
| A. <i>Septicémies biliaires.</i> | . . . | (Cholécystite typique cholérique). | |
| B. <i>Pyémies biliaires</i> | } | 1. <i>Paracholécystites</i> | { suppurées. |
| | | | { fibreuses. |
| | | 2. <i>Péricholécystites.</i> | { suppurées. |
| | | | { fibreuses. |
| | } | 3. <i>Cholécystites</i> | { suppurées (avec |
| | | | { épanchement). |
| C. <i>Abcès froids biliaires.</i> | } | 4. <i>Cholécystites</i> | { fibreuses (avec |
| | | | { épanchement). |

2° Cliniquement la maladie non calculeuse revêt souvent le masque de la colique hépatique avec ou sans ictère. L'observateur conclut de ce chef à l'existence d'une affection calculeuse, mais l'opérateur, parfois aussi l'anatomo-pathologiste, constate l'absence de tout gravier; ils ne découvrent que de la *péritonite plastique péricholécystique*. Cette dernière à elle seule explique parfaitement tous les caractères du syndrome (intensité des douleurs, intermittence, point cystique, etc.). La seule destruction des adhérences douloureuses péricystiques, sans ouverture des voies biliaires, est suffisante dans un certain nombre de ces infections non calculeuses pour amener une guérison radicale, et le chirurgien reconnaît alors qu'il a eu affaire à des « *pseudo-coliques hépatiques* » et que son malade est un « *faux calculeux* ».

PREMIÈRE PARTIE

INFECTIONS DE L'ARBRE BILIAIRE PRINCIPAL

A. **Infections radiculaires.** — Cirrhoses hypertrophiques. — Hépatites infectieuses.

INDICATIONS. — Les hépatomégalias qui, jusqu'ici, ont été traitées chirurgicalement, sont d'ordre différent. C'est pourquoi il convient dès maintenant d'envisager successivement trois ordres de faits :

α. *Cirrhose hypertrophique biliaire*, de HANDT. — Dans cette maladie, le pronostic étant fatal, les médications internes se montrant presque toujours inefficaces, on peut être autorisé, lorsque la médecine se déclare impuissante, à chercher, à l'exemple de MM. TERRIER, QUÉNU, quelque chance de salut dans un acte opératoire d'une parfaite innocuité. Il est un cas où le traitement sanglant trouverait aussi son indication ; c'est dans celui d'*Abcès biliaire* signalé par SABANIN dans la cirrhose hypertrophique avec ictère.

β. *Cirrhoses hypertrophiques sans ictère.* — Une guérison radicale à la suite d'une laparotomie suivie de destructions d'adhérences périhépatiques (cas de QUÉNU, n° I) tendrait à prouver qu'ici aussi on peut espérer d'un traitement chirurgical un succès inattendu dans certains cas où le traitement médical reste sans effet.

γ. *Congestions et hypertrophies du foie* avec ou sans ictère. — Ces cas paraissent tout particulièrement favorables au point de vue des guérisons post-opératoires. Dans quatre cas de ce genre, après l'échec bien constaté de la médication interne, et chez des malades dont l'existence était gravement compromise, on n'a pas craint de s'adresser à une thérapeutique chirurgicale. L'innocuité de ce traitement d'une part, la connaissance de trois guérisons radicales obtenues par cette

méthode (SEGOND, TERRIER, cas n° I, ROUTIER), non seulement *autorisent*, mais semblent inviter, pour l'instant, à multiplier les cures sanglantes.

TECHNIQUE. — L'intervention consiste : α , soit en une laparotomie exploratrice, avec examen des voies biliaires (SEGOND, ROUTIER, QUÉNU) et destruction d'adhérences de périhépatite (QUÉNU, cas n° I). β , soit une *création d'une fistule cysto-cutanée* (TERRIER).

Dans cette dernière, la bouche vésiculaire doit être faite *aussi minime que possible* (TERRIER). Le mécanisme de la guérison est encore obscur dans l'opération purement exploratrice. Dans la fistulisation externe, plusieurs hypothèses peuvent rendre compte des guérisons. Cessation d'un état spasmodique; élimination de substances toxiques par l'économie, sédation de la muqueuse biliaire turgescence et enflammée, etc.

RÉSULTATS. — Toutes les interventions faites dans ces conditions ont été dans leurs suites *immédiates* marquées par une parfaite innocuité. Un seul insuccès, peut-être attribuable à une faute de technique, c'est-à-dire qu'on ne peut arguer de ce fait contre l'acte opératoire.

Les résultats *éloignés* se répartissent ainsi : α , cirrhoses hypertrophiques avec ictère : 2 opérations sans résultats (TERRIER, cas n° II, QUÉNU, cas n° III); β , cirrhoses hypertrophiques sans ictère : 1 opération avec guérison complète, suppression des douleurs, de l'ascite, etc.; γ , congestions et hypertrophies du foie : 4 opérations avec trois guérisons radicales (SEGOND, TERRIER (cas n° I), ROUTIER).

B. Infections ramusculaires (Angiocholites)

Déjà décrites sous le nom d'abcès aréolaires (CHAUFFARD), les infections ramusculaires non calculeuses n'ont donné lieu qu'à deux interventions chirurgicales, toutes deux pratiquées sur le même malade.

INDICATIONS. — Il faut considérer les angiocholécystites suppurées, et les non suppurées.

SUPPURÉES. — Ces angiocholites qui s'accompagnent généralement d'ectasie, n'échappent pas aux lois générales de la chirurgie, et réclament une large ouverture. Pour celles-là en effet les médications internes, préparations salicylées, régime lacté, etc., sont *inefficaces* et ne peuvent manifester rien contre le kyste biliaire collecté.

En présence d'accidents d'angiocholites ou de cholécystites même non suppurées, la laparotomie est absolument indiquée (TERRIER). D'où il suit que les angiocholites *séreuses*, tout comme les suppurées, sont passibles d'un traitement sanglant. Mais ce n'est pas à dire que *toutes* ces affections indistinctement doivent être traitées chirurgicalement. Deux malades de ce genre, adressées pour subir une opération, et suivies par nous pendant quelque temps, ont guéri spontanément sans intervention. C'est au clinicien qu'appartient le soin de discerner dans cette maladie, telle ou telle *forme* et de *proportionner* la thérapeutique à l'intensité et à l'évolution de l'affection thérapeutique *graduée*, qui varie depuis le repos simple jusqu'à la cholécystostomie, ultime ressource qui ne doit venir qu'à la limite du traitement médical.

TECHNIQUE. — L'ectasie énorme des angiocholites suppurées rend *réalisables* les opérations sur des fins rameaux biliaires.

A la phase d'*abcès confirmé*, l'opération qui convient est l'*Angiostomie*, avec incision *transhépatique* ; mais elle n'est qu'incomplète et palliative lorsqu'il existe concomitamment un certain nombre de kystes pyo-biliaires qu'on ne peut tous découvrir ou marsupialiser en même temps à la paroi.

A la phase *praesuppurative*, l'opération de choix est la *cholécystostomie précoce* ; elle seule est capable de mettre fin au processus infectieux et de prévenir les formations pyo-biliaires.

RÉSULTATS. — L'insuccès obtenu chez le seul malade opéré d'une double *angiostomie*, prouve seulement qu'il y a intérêt à faire une cholécystostomie précoce.

C. Infections tronculaires (Cholédocite).

La cholédocite non calculeuse avec distension a été traitée deux fois par *cholédocostomie* à l'insu des opérateurs eux-mêmes. Seule la nécropsie permet de reconnaître que la fistulisation avait été établie sur le cholédoque extraordinairement dilaté.

TECHNIQUE. — La laparotomie *médiane* semble préférable pour aborder ces ectasies du conduit commun. Une *cholédocostomie précoce* pourrait mettre court à ces infections et préviendrait les dilatations.

RÉSULTATS. — Trois opérations tardives pratiquées jusqu'ici pour cette affection n'ont été couronnées d'aucun succès.

DEUXIÈME PARTIE

INFECTIONS DE L'ARBRE BILIAIRE ACCESSOIRE

A. — Septicémies biliaires.

Les infections biliaires qui compliquent les grands états infectieux du tube intestinal (cholécystites des typhiques, cholécystites des cholériques) sont le plus souvent d'une extrême gravité, au moins lorsqu'elles surviennent au cours ou au déclin de la maladie causale. Elles aboutissent souvent à la *perforation ulcéreuse* de la vésicule et à la péritonite consécutive. A la période de convalescence, il n'en est plus ainsi ; alors ce n'est plus d'une septicémie mais d'une pyémie biliaire qu'il s'agit.

INDICATIONS. — Au stade de *péritonite confirmée*, l'acte opératoire est indiqué au même titre que dans toute péritonite

par perforation ; c'est la seule et minime chance de salut.

L'acte opératoire est encore indiqué dès les premières heures de la perforation, lorsque le péritoine n'est encoreensemencé que *partiellement* ; on peut encore espérer la guérison dans ces conditions (cas de SCHEILD).

Faut-il aller plus loin et proposer l'intervention à la *phase præ-ulcéreuse* ? L'avantage qu'il y aurait à prévenir la perforation, permet de poser cette question. C'est au médecin qu'il appartient de déceler, au milieu du tableau tumultueux de la maladie causale, les déterminations cholécystiques souvent insidieuses (douleur locale, tuméfaction) ; il s'efforcera de distinguer parmi ces déterminations biliaires celles qui s'annoncent comme particulièrement graves. Pour celles-là une *cholécystostomie précoce*, établie à la phase *præ-ulcéreuse*, non seulement pourrait mettre un terme à l'infection, par le drainage des voies biliaires, mais elle conjurerait les perforations et leurs fatales conséquences.

TECHNIQUE. — La technique varie essentiellement suivant l'heure où l'on intervient. Au *stade præ-ulcéreux*, alors que l'infection est encore *localisée* dans l'arbre biliaire, la thérapeutique qui conviendrait devrait être *locale*. Elle consisterait en une cholécystostomie.

Au *stade intermédiaire*, c'est-à-dire aux premiers moments de la perforation, lorsque le péritoine n'est encore que *partiellement* infecté, on optera, le ventre ouvert, et après s'être rendu un compte exact de l'état des lésions, soit pour une cholécystostomie, soit pour une cholécystorrhaphie (réparation de la perforation), soit pour une cholécystectomie (suppression du kyste vésiculaire septique), selon l'état local et la résistance du malade. Un *drainage* soigné est nécessaire à la suite de toutes ces opérations.

RÉSULTATS. — Une intervention pratiquée à la période intermédiaire a donné une guérison (SCHEILD, cholécystite typhique) ; une autre à la période de péritonite confirmée

(LÉVINE, cholécystite cholérique) s'est terminée par un insuccès. Dans ces septicémies ulcéreuses, toutes les abstentions ont abouti à la mort.

B. — PYÉMIES BILIAIRES

I. Paracholécystites (suppurés et fibreuses, non calculeuses)

Les paracholécystites *suppurées* dont le foyer principal est éloigné de la vésicule évoluent vers quatre directions qui forment *quatre types* anatomiques distincts. L'antéro-inférieur, l'antéro-supérieur, le postéro-supérieur, le postéro-inférieur. On les confond généralement dans le groupe des abcès du plafond de l'abdomen.

INDICATIONS. — Toutes ces suppurations, malgré quelques succès obtenus par ponction aspiratrice, sont manifestement justiciables du seul *traitement chirurgical*. La disposition essentiellement anfractueuse et diverticulaire de leurs parois est une indication suffisante pour la large évacuation sanglante.

TECHNIQUE. — La technique varie selon le type anatomique. L'*incision* du flanc droit convient pour les abcès du type antéro-inférieur. La *résection thoracique* pour ceux du type antéro-supérieur. L'ouverture *transpleuro-péritonéale* pour ceux du type postéro-supérieur. L'*incision lombaire* pour ceux du type postéro-inférieur. Quant au cholécyste, source première de l'infection, il sera laissé en place au moment de cette première intervention, sauf dans le cas où il serait prêt à cueillir, sinon il fera l'objet d'une *cholécystectomie à froid*, s'il persiste de l'induration locale ou des récidives multiples.

RÉSULTAT. — Par un seul résultat on peut se rendre compte de la nécessité du traitement chirurgical et de l'importance d'une large brèche opératoire. Dans une paracholécystite non calculeuse du type antéro-supérieur (cas de ROSE), on vit, faute d'une résection costale suffisante, le pus fuser

à gauche et déterminer de ce côté une série d'accidents pour lesquels on dut sacrifier ultérieurement une grande partie du rebord thoracique du côté gauche.

II. Péricholécystites (suppurées et fibreuses non calculeuses).

INDICATIONS. — *Suppurées*, les péricholécystites doivent être traitées comme toute collection enkystée du péritoine et voisines de la paroi, c'est-à-dire par l'incision de la paroi abdominale, avec évacuation du pus et drainage. On évitera toute manœuvre capable d'inoculer toute la séreuse.

Fibreuses. Les péricholécystites sont, à la limite du traitement médical, absolument justiciables d'une *intervention chirurgicale*. L'opération qui convient alors est celle de FRAENKEL-SENDLER; elle seule guérit de leurs « *pseudo coliques hépatiques* » tous ces malades qui rentrent dans le groupe des « *faux calculeux* ».

TECHNIQUE. — Cette opération consiste en une *laparotomie* suivie de la simple *destruction* et dissection des adhérences périvésiculaires, *sans ouvrir les voies biliaires*; cette abstention sera faite de propos délibéré lorsqu'on aura constaté préalablement qu'aucun calcul n'existe dans les voies biliaires et que la lésion est surtout et avant tout péricholécystique.

RÉSULTATS. — Cette intervention est ici l'*opération de choix*, parce qu'elle est de gravité nulle, parce qu'elle a donné d'excellents résultats (7 guérisons radicales, dans 7 cas), chez des malades qui avaient épuisé toutes les ressources médicales. Ce n'est d'ailleurs qu'une application particulière d'une méthode qui tend à se généraliser en chirurgie abdominale pour certains organes; — appendice (QUÉNU, puis SCHWARTZ); — estomac (VON HACKER, TERRIER), etc.

III. — Cholécystites suppurées (avec épanchement, non calculeuses).

Ces cholécystites diffèrent par quelques points des cholécystites calculeuses.

Dans la calculeuse, l'infection est *secondaire* et *accessoire*; l'infection est au contraire *primitive* et *obligée* dans la cholécystite non calculeuse.

Dans la calculose cholécystique, la vésicule est généralement petite et retractée. Dans l'infection non calculeuse, la vésicule acquiert le plus souvent un volume considérable (variant de 1 litre à 10 litres); ce sont de gros kystes biliaires.

INDICATIONS. — Ces cholécystites avec épanchement ne sont justiciables que d'un *traitement chirurgical*. Aucune medication interne ne peut pretendre à la guérison de ces énormes tumeurs, qui ont perdu toute voie de dégagement et toute communication avec le reste des voies biliaires.

TECHNIQUE. — La *punction* seule avec aspiration n'a donné que des insuccès ou des récidives, ou des menaces de peritonite. Elle est à *prescrire* absolument et sous toutes ses formes, même lorsqu'elle n'a qu'un but purement diagnostique (fait de LENDLER).

En principe, la *cholécystectomy* serait l'opération de choix pour ces gros kystes vésiculaires; elle est conseillée par tous les chirurgiens. *En fait*, elle ne paraît pas jusqu'ici avoir été pratiquée, et tous ceux qui tentèrent de la réaliser nous avouent qu'il fallut rapidement y renoncer, étant données les adhérences qui reliaient partout la face externe de la poche aux viscères voisins.

La *cholécystectomy* reste donc la méthode de nécessité. Lorsque le cholédoque est en même temps oblitéré définitivement par un magma inflammatoire impossible à détruire, on serait autorisé, à l'exemple de WILLET, à préférer à une

fistulisation externe qui est destinée à subsister toute la vie, une fistulisation cysto-intestinale.

RÉSULTATS. — La cholécystostomie, dans ces cas de gros kystes biliaires, a donné lieu à un très grand nombre de *fistules persistantes*, même quand le cholédoque était encore perméable ; et la cure de ces fistules fut des plus laborieuses, souvent même absolument impossible même au prix d'interventions ultérieures réitérées (cholécystentérostomies). Au point de vue de l'affection vésiculaire elle-même, la *cholécystostomie* a donné de très bons résultats, mais en majeure partie les malades n'ont guère bénéficié que d'une guérison relative, puisqu'ils ont conservé une *fistule persistante*.

IV. **Cholécystite fibreuse** (ou sans épanchement, interstitielle, ou parenchymateuse. Pachycholécystite non calculeuse).

Ces cholécystites à petits kystes offrent un contenu qui peut être *stérile* (obs. personnelle) au moins dans l'intervalle des poussées ; leurs parois sont extrêmement épaissies ; cliniquement elles donnent lieu à deux formes : l'une *douloureuse*, l'autre *dispeptique* ou digestive.

INDICATIONS. — A la limite du traitement médical on a admis pour les douloureuses le traitement chirurgical. L'observation inédite de ce travail tendrait à prouver que ce même traitement chirurgical peut s'appliquer dans certains cas aux formes digestives (vomissements incoercibles).

Pour l'une comme pour l'autre forme l'intervention ne doit être ni *précoce*, car elle ne peut être proposée que comme ressource ultime après l'inefficacité bien reconnue du traitement médical, ni trop *tardive*, car l'opération de ce seul fait devient beaucoup plus laborieuse ou même impossible.

TECHNIQUE. — En principe et en fait, l'opération de choix est la *cholécystectomie*, qui seule supprime toute la source des douleurs et troubles réflexes, la vésicule malade.

RÉSULTATS. — La cholécystectomie a donné des résultats extrêmement brillants. Sur sept cas, elle a guéri radicalement sept malades.

C. — Abscès froid biliaire.

Les tuberculoses et pseudo-tuberculoses biliaires se caractérisent par la présence du bacille de Koch, d'actynomycètes, d'aspergillus, etc. — Anatomiquement le contenu est *caséux*, l'induration de la paroi vésiculaire est extrêmement marquée. Souvent il y a transformation *calcaire* de ces parois ; on observe parfois des *cavernes* isolées. — Cliniquement l'évolution est lente et froide. — La réaction est faible (sensibilité de la vésicule, fièvre vespérale peu élevée, etc.). Enfin la terminaison est la formation de fistules intarissables.

INDICATIONS. — La *cholécystectomie* conviendrait aux tuberculoses cholécystiques *locales*. Les opérations palliatives, curetage, cautérisation, s'appliqueront aux formes diffuses ou diffusées. — Toute opération sera contre-indiquée dans les cas de tuberculose généralisée.

RÉSULTATS. — On ne connaît pas les résultats des deux opérations pratiquées (RIEDEL, CZERNY) pour ces affections.

Vu par le Président de la Thèse,
TERRIER.

Vu :
Le Doyen de la Faculté,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- ALEXANDER. — Cholécytite sans calcul. *Liverpool med. Journ*, juillet 1888, p. 508.
- ARCHAMBAULT. — Cholécytite typhoïde ; perforation de la vésicule. *Bullet. de la Société anat.*, 1852, p. 90.
- BERGER. — Cholécytite purulente. *Bullet. de la Société de chirurgie*, 18 juin 1890.
- BÖCKEL. — Affection biliaire. Laparotomie. *Congrès français de chirurgie*, 1892.
- BOND. — Cholécytite non calculeuse. *Leicester medical Society*. Le 6 décembre 1889.
- BRODIER. — Ictère chronique. Cholécytostomie. *Bullet. de la Société anat.*, 1892.
- BROWN. — Chirurgie des voies biliaires. *Britisch medical Journal*, 21 décembre 1890.
- CALOT. — De la Cholécytectomy. Thèse de Paris, 1891.
- CHAUDRON. — Contribution à l'étude des fistules biliaires externes. Thèse de Paris, 1878.
- CHAUFFARD. — Angiocholites et cholécystites. *Traité de médecine de Charcot et Bouchard*, t. III, p. 878.
- CHIARI. — Cholécytite typhique. *Prager med. Woch.*, 1893.
- COLIN. — Cholécytite post-typhique avec perforation. *Etudes cliniques de médecine militaire*, Paris, 1874, p. 197.
- CZERNY et MERMANN. — Chirurgie des voies biliaires. *Beitrag z. Klin. chir.*, 1895.
- DEETJEN. — Cancer primitif du cholédoque. *Deutsch. Archiv. f. Klin. med.*, LV.
- DELAGENIÈRE. — De la cholécystentérostomie. Thèse de Paris, 1890.
- DIXON. — A case of Gallbladder Gaillard's *medical Journ. New-York*, 1886, vol. XLVII, n° 4.

- DOFFER. — Ueber die complicationen des lettralen abdominal typhus. Münch. med. Woch., 1888.
- DOMINICI. — L'angiocholite et la cholécystite. Thèse de Paris, 1893-94.
- DUPRÉ. — Les infections biliaires. Thèse de Paris, 1891.
- FAURAYTIER. — Cholécystite typhique. Bullet. de la Société anat. 1841.
- FOUTAN. — Cathétérisme des voies biliaires. In Terrier. Revue de chir. 1892.
- FOOT. — Enteric fever abces in the Wall of the Gallbladder. Irish Hospit. Gaz., 1874.
- FRAENKEL. — De la péricholécystite. Centralblatt. f. chir., n° 35, 1892.
- FREUND. — Ein fall von congenital intersticiell bi hepatitis mit anomalie der Gallenbuhmnysgange. Jahrbuch f. kinderkrankh., IV. Bd., octobre 1875.
- GASTON. — Le foie infectieux. Thèse de Paris, 1893.
- GILBERT et H. CLAUDE. — Tuberculose expérimentale des voies biliaires. Bullet. Société de biologie, séance du 21 décembre 1895.
- et GIRODE. — Cholécystite à bacille d'Eberth. Société de Biologie, 27 décembre 1890.
- — Cholécystite purulente à bacille d'Eberth. Soc. de Biologie, 1892.
- et DOMINICI. — Angiocholécystite à bacille d'Eberth. Société de Biologie, 1893.
- GUARNIERI. — Cholécystite à bacille d'Eberth. Riv. gen. ital. de chir. med., 1892.
- GUILLEMAIN. — Chirurgie des voies biliaires. Gaz. hebd. de méd. et de chirurgie, 1891, n° 91.
- GUTTMANN. — Dilatation énorme de la vésicule biliaire avec calcification de sa paroi. Société de médecine de Berlin, 16 juin 1890.
- HANOT. — La cirrhose hypertrophique biliaire. Bibliothèque de Charcot-Debove, 1892.
- HAGENNULLER. — La cholécystite dans la fièvre typhoïde. Thèse de Paris, 1876.
- HEUSSNER. — Cholécystite non calculeuse. Deutsch. med. Woch., 1890, n° 34.
- HUSON. — Cholécystite typhoïde. Perforation de la vésicule. Bull. de la Société anatomique, 1835, p. 104.
- ISRAEL et ADLER. — Zur Pathol. der Gallenblase. Berlin. Klin. Woch., n° 11, p. 256, 14 mars 1894.
- JOURDAN. — De la cholédotomie. Thèse Paris, 1895.
- KEEN. — Cholécystite suppurée. Journ. méd. Sciences, janvier-avril 1879.

- KEEN et MUSSER. — Péricholécystite. Destruction des adhérences. Revue de chirurgie, 1885. p. 493
- KEEN et MUSSER — Cholécyctite suppurée. Revue de chirurgie, 1885. p. 494.
- KIRMISSON. — Rupture des voies biliaires, consécutive d'une chute d'un lieu élevé. Bull. Société de chirurgie, 14 déc. 1892.
- KOCHER. — Cholécyctite purulente. Deutsch. Med. Woch., 1890, n° 13.
- KOEHR. — Cholécyctite non calculeuse. Centralblatt f. chirurgie, 1891, n° 31.
- Cholécyctite purulente. Berlin. Klin. Woch., 16 janvier 1893.
- KNAGGS. — Péricholécystite. Destruction des adhérences. Lancet. London, mai 1884.
- KONITZKI. — Cholédocostomie. Dissertation inaug. de Marbourg, 1888.
- KUOWSLEY-THORNTON. — Péricholécystite. Destruction des adhérences. Britisch med. Journ., 13 novembre 1886.
- KUMMEL. — Cholécyctite chronique. Cholécyctostomie. Deutsch. med. Woch., 1890, n° 12, p. 139.
- LANDERER. — Cholécyctite purulente. Munsch. med. Woch., 1886, n° 17.
- Rupture des voies biliaires. Revue des Sciences médicales, octobre 1890.
- LAMBOTTE. — Cholécyctentérostomie. Journ. de Médecine de Bruxelles, 1892.
- LANE. — Rupture of Gallbladder. Retention of a considerable of bile in the peritonéal cavity for fiwe, weckeo peration. Recovery. Lancet, London, 16 mai 1891.
- LANGENBUCH. — Cholécyctite chronique. Cholécyctectomie. Berlin Klin. Woch., 1884, n° 51-52.
- Cholécyctite purulente. Berlin Klin. Woch., 1887, p. 119.
- LEGENDRE. — Accidents péritonitiques consécutifs à une cholécystite au début d'une fièvre typhoïde Progrès médical, 1881.
- LÉTIENNE. — Étude bactériologique de la bile. Thèse Paris, 1891.
- LÉVINE. — Affections biliaires dans le choléra. Congrès des médecins Russes. Wratsch. St-Petersbourg, n° 3, 1894.
- LINDLER. — Cholécyctite purulente. Berlin. Klin. Woch., 1892, n° 12.
- LÜCKE. — Cholécyctite purulente. Reischlæger. Dissert. inaug. de Strasbourg, 1887.
- MALVOTZ. — Cholécyctite post-typhique à streptococque. Annales de la Société médico-chirurgic. de Liège, janvier 1890.
- MATLAKOWSKI. — Cholécyctite purulente. Gazetta le Karska. Varsov. 1894. N°s 25-26.
- MAUCLAIRE. — Abcès sous-phréniques. Revue générale. Gazette des hôpitaux. 1895.

- MAYO-ROBSON. — Cholécystostomie. Cholécystentérostomie consécutive.
In Delagenière. Thèse Paris, 1891.
- MEARS. — Cholécystostomie par voie lombaire. *Annals of Surgery*. 1890.
Vol. X, p. 241.
- MICHAUX. — Rupture des voies biliaires. *Bull. Société de chirurgie*,
11 janvier 1893.
- Cancer de l'ampoule de Water. *Bull. Soc. de chir.*, 1894.
- MOORE-NORMANN. — Cholécystite perforante. Laparotomie. *Soc. pathol.*
de Londres, séance du 16 décembre 1890.
- NIMIER. — Chirurgie du pancréas. *Revue de chirurgie*, 1893.
- PÉAN. — Péricholécystite, destruction des adhérences. *Cliniques de*
Péan. N^{os} 754 et 755.
- PERRIER. — Cholécystite purulente. *Congrès français de chirurgie*,
1891, p. 537.
- POLAKOFF. — Cholécystite sans calcul. *Medicinsk. Olozriencie*,
Tome XXXIV, 1890, N^o 20, p. 679.
- PORTER. — Cholécystite non calculeuse. *Med. News*. 3 septembre 1892,
p. 267.
- PROELTZ et UHDE. — Perforation de la vésicule biliaire. *Dissertat. inaug.*
de Berlin, 1881.
- PROEGER. — Cholécystite non calculeuse. *Montreal med. Journ.* 1889-
1890, p. 887.
- QUÉNU. — Anatomie chirurgicale du cholédoque. *Revue de chir.*, 1895.
- Étude sur la chirurgie du cholédoque. *Progrès médical*, 1895.
N^o 18, p. 705.
- Obstruction du cholédoque avec abcès sous-hépatique. In
Terrier. De la cholédocostomie. *Revue de chirurgie* 1893, p. 934.
- REBOUL. — Cholécystostomie par voie lombaire. *Bull. de la Société de*
chirurgie. Séance du 22 mai 1895.
- REYNIER. — Rupture des voies biliaires. *Congrès de Rome*, 1894.
- RICKETTS. — Cholécystite sans calcul. *Saint-Louis Clinique*. Vol. VII.
Janvier 1894.
- RIEDEL. — Péricholécystite. *Laparotomie*. *Berl. Klin. Woch.*, 1888.
- RILLET et BARTHEZ. — Cholécystite typhoïde au 3^e septenaire. Mort à
la 8^e semaine. Perforation de la vésicule. *Maladies des enfants*.
2^e vol. 2^e édition, 1853.
- ROBERTS. — Cholécystite non calculeuse. *New-York. med. Journ.* 1890.
- ROGERS. — Cholécystite purulente. *The Medic. Forwighthy*. St-Louis,
1^{er} février 1894.
- ROSE. — Studien z. conservat. chir. Gallenblase, Berlin. *Klin. Woch.*,
n^o 46, p. 1072, 17 novembre 1890.

- ROSENSTIRN. — Cholécystentérostomie. *Pacif. med. Journal. San Francisco*, 1893.
- ROUTIER. — Ictère chronique. Laparotomie. Guérison. *Bull. acad. de médecine*. Séance du 2 février 1892, et *Mercredi médical*, 4 février 1891.
- Rupture des voies biliaires. *Bullet. Société de chirurgie*, 11 janvier 1893.
- SAINTON. — La chirurgie de la vésicule biliaire. *Revue générale. Gazette des hôpitaux*, 24 janvier 1891.
- SCHEILD. — Cholécystite typhique perforante. Laparotomie. Guérison. *Lancet, London*, 2 mars 1895.
- SCHLIER. — Ein fall von phlogmonœsæ cholecystitis nach typhus. *Deutsch. Archiv. f. Klin. med.*, 1891.
- SEGOND. — Traité de chirurgie de Duplay et Reclus. Vol. VII, article Lithiase.
- SENDER. — Chirurgie des voies biliaires. *Deutsch. Zeitschrift f. chirurgie*, 1895, p. 405.
- SERGEANT. — Tuberculose expérimentale des voies biliaires. Société de biologie. Séance du 4 mai 1895 et Thèse de Paris, 1895.
- SEYFFERT-RICHART. — Cholédocostomie. Dissertation inaugurale de Greifswald, 1888.
- STUART-NAIRNE. — Cholécystite non calculeuse. *Lancet*, 1888.
- TAYLOR. — Cholécystite suppurée. *Britisch med. Journ.*, 1885.
- TERRIER. — Kyste hydatique du foie. Ablation avec enlèvement de la vésicule biliaire. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1887.
- Ablation de kystes hydatiques multiples du foie. Enlèvement de l'un d'eux avec la vésicule. Cholécystectomie. *Revue de chirurgie*, 1892, p. 554.
- De la cholédocostomie. *Revue de chirurgie*, 1892.
- Traitement chirurgical des angiocholites et des cholécystites infectieuses. Congrès français de chirurgie. Séance du 21 octobre 1895.
- Traitement chirurgical de l'angiocholite et de la cholécystite. *Revue de chirurgie*, 1896.
- TERRILLON. — Cholécystite avec distension sans calcul. *Bull. de la Société de chirurgie*, 1889, p. 128.
- Péricholécystite. Destruction des adhérences. *Bulletin génér. de thérapeutique*, 1891-1892.
- THIRIAR. — Cholécystectomie. Congrès français de chirurgie. Séance du 13 mars 1888.

- THORNTON. — Observ. of additional case illustration surgery. *Lancet*, 4 et 11 avril 1891.
- TUFFIER. — Obstruction biliaire par cancer du foie. *Bull. de la Société de chirurgie*, 1894.
- Recherches sur la voie lombaire dans la découverte des voies biliaires. *Bull. de la Société de chirurgie*. Séance du 15 mai 1895 et *Semaine médicale* du 22 mai 1895, p. 233.
- VINCENT. — De la cholécystostomie chez l'enfant. *Revue de chirurgie*, p. 753.
- WILLET. — Cholécystite sans calcul. *British med. Journ.* 1886, p. 903.
- WICKHOFF. — Cholécystite sans calcul. *Wiener med. Woch.*, 19 janvier 1893.
- WRIGHT. — Cholécystostomie par voie lombaire. *Lancet*, 28 mars 1885, p. 563.
-

